Сравнительный анализ теоретических моделей астмообразования

ВВЕДЕНИЕ

астматический приступ дыхание

Изучаемая нами болезнь - бронхиальная астма, одно из самых распространенных заболеваний на сегодняшний день. На протяжении пяти лет нами были предприняты попытки вскрыть механизмы астмообразования. Изначально нам не удалось в силу некоторых обстоятельств углубиться в суть проблемы. На начальных этапах, в написании курсовых работ, нам не доставало теоретического материала, на который мы могли бы опереться для выстраивания какой-либо модели формирования болезни. Далее, исследуя болезнь на практике и укрепившись в дискурсе, мы вновь столкнулись с проблемой, только иного характера. На сей раз, она заключалась в недостатке пациентов, а вернее в невозможности проводить исследование длительный срок. Тем самым нами было принято решение отказаться от попыток дальнейшего поиска практического материала и сосредоточить свой взгляд на теоретическом. Основная проблема заключалась в отсутствии этого самого материала на русском языке, соответственно большую часть работ мы переводили с английского языка.

Мы рассмотрим работы ряда авторов и попытаемся выстроить свою модель, которая вероятно окажется синтезом этих различных взглядов, либо же будет придерживаться чьего-то мнения, а чье-то будет отвергать. Так или иначе, свое мнение мы естественно обоснуем.

Теперь пару слов о самом заболевании, и почему именно о нем будет идти речь в нашей работе. Здесь стоит упомянуть о том, что в данной работе нам предстоит не только попробовать углубиться в механизм астомообразования, но и столкнуться с трудностью, которая лежит в плоскости, так скажем, личного пространства, а именно встреча с самим собой, своими сопротивлениями, так как данная болезнь идет со мной рука об руку уже многие годы, то отставая, то догоняя вновь. Не смотря на всю трудность и серьезность испытания, которое встретилось нам на пути, мы полагаем, что взглянули на него без какой либо предвзятости (по крайней мере, на сколько это вообще возможно) и страха. Немного забегая вперед, отметим, что заболевание нашло свое отражение даже в написании данной работы.

И так вот небольшое определение - бронхиальная астма - это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, проявляющееся приступами одышки, которые зачастую сопровождаются кашлем и могут перерастать в приступы удушья. Это происходит из-за того, что дыхательные пути чрезмерно реагируют на разные раздражители. В ответ на раздражение они сужаются и вырабатывают большое количество слизи, что нарушает нормальный ток воздуха при дыхании. Мы прибегли к данному определению, так как оно не переполнено терминологией, а, следовательно, понятно и доступно обычному человеку, который не имеет явного отношения к медицине. Об астме можно сказать и то, что данное заболевание становиться, если так можно выразиться, все популярнее, на данный момент, по некоторым подсчетам, это болезнь страдает 10% детей во всем мире. По числу людей, умерших от бронхиальной астмы, Россия занимает 2 место в мире. Соответственно наше исследование весьма актуально на сегодняшний день. Ибо количество больных астмой растет, а вот теоретического материала для исследования и понимания данного заболевания с психоаналитической точки зрения недостаточно.

Не смотря на то, что по большей части мы сосредоточим свое внимание на теоретическом материале и трудах разных авторов, тем не менее, в работе будем пользоваться материалами, взятыми из психокоррекционной практики, а так же из работ, проводимых для написания лабораторных работ, в которых использовалось некоторое количество методик, позволяющих раскрыть различные аспекты и уровни проявления астмы. Данные работы помогли составить некоторое мнение относительно исследуемого заболевания. Следует заметить, что большую роль на исследование и, что немало важно на осмысление болезни, повлияла практическая работа с больными астмой людьми. В ходе анализа не раз всплывала материнская фигура, которая порой играла определяющее решение в развитии анализа, тем более детского анализа. Данная тема (родительского влияния), на наш взгляд, вообще является основой для понимания механизма заболевания ребенка. Каждый слышал слова «все мы родом из детства» или «от плохого семени не жди хорошего племени» и т.д., а про то, что спустя пару лет обучения на нашей специальности, мы начали смеяться над фразой «у него проблемы с матерью» и говорить нечего. На практике мне лично пришлось столкнуться с тем, что я для себя определил как «материнская трудность». Материнская трудность - ситуация с которой сталкивается психолог в момент работы с ребенком, при которой мать начинает всячески мешать процессу лечения ребенка, не желая расставаться с объектом наслаждения. Ниже нами будут изложены мысли различных авторов, раскрывающие важность детско-родительских отношений на формировании не просто патологии, а психического аппарата ребенка в целом. Мы рассмотрим роль матери в заболевании на более глубоком уровне.

Однако определение роли и функции матери не дает нам полного объяснения происходящего, поэтому нам необходим новый взгляд, который позволит взглянуть, на то, что происходит не только в отношениях матери и ребенка, но и в самом ребенке во время приступа астмы.

Проблема исследования состоит в недостатке актуальной информации.

Объект исследования: модели астмообразования

Предмет исследования: особенности теоретических подходов к формулированию процесса астмообразования

Цель: сравнить теоретические модели астмообразования

Задачи:

) Сравнительный анализ моделей

) Выделение основных факторов в астмообразовании

) Построение обобщенной модели

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ АСТМАТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

.1 Рассмотрение взгляда Ф. Александера

«У детей астматическое состояние часто начинается с *рождением в семье младшего ребенка, который грозит отвлечь на себя внимание матери*. Для взрослых провоцирующим фактором может быть *сексуальное искушение или грядущий брак*. Для молодой девушки *принятие биологической функции женского пола* - это поворотный пункт в индивидуальном развитии, отделяющем девушку от матери. Вместо зависимого ребенка она становится соперницей матери. Для сына зависимому отношению к матери угрожают *инцестуозные желания*. Установлено, что большинство матерей астматиков очень чувствительны к проявлениям физической привлекательности сына и реагируют на них отдалением или даже отвержением. Исследуя случаи заболевания астмой, очень часто можно встретить подобное сочетание бессознательного материнского совращения и демонстративного отвержения. Предстоящая свадьба взрослого сына выводит на передний план конфликт между зависимой привязанностью к матери и более зрелой сексуальной любовью к невесте, и с нее часто начинается астматическое состояние.

*Враждебные импульсы, направленные против объекта любви*, также могут угрожать отношению зависимости и провоцировать приступ. Представляется также, что *любое внезапное усилие, которое вызывает независимое поведение индивида*, может возрождать глубоко укоренившийся конфликт между наклонностями к независимости и зависимости и тем самым провоцировать приступ.

Теперь мы готовы ответить на вопрос, почему и как подавляемое желание в отношении матери может вызвать спазм в бронхиолах, являющийся физиологической основой приступа астмы. На основе исследования психоаналитического случая Э. Вайс (Е. Weiss) предложил теорию, согласно которой приступ астмы представляет собой подавляемый плач, обращенный к. матери. Позднее Халлидэй (Halliday) также обратил внимание на связь астмы с плачем. Эта точка зрения была впоследствии подтверждена тем фактом, что многие астматики сообщают, что им трудно плакать. Более того, было неоднократно замечено, что приступы астмы завершаются, когда пациент дает выход своим чувствам с помощью плача.

Другое важное замечание относится к быстрому улучшению состояния, происходящему в ряде случаев после того, как пациент сознается в чем-либо, за что он чувствовал вину и ожидал неприятия (French & Jonson). Признание создает зависимую привязанность к терапевту, нарушенную вследствие ощущения пациентом чувства вины и ожидания неприятия. Речь (признание) является более членораздельным использованием дыхательного акта, с ее помощью взрослый добивается того же самого результата, который младенец достигает плачем. Он вновь получает любовь человека, от которого он зависит. Такое подавление плача, приводящее к затруднению дыхания, может наблюдаться у ребенка, который пытается контролировать свое желание заплакать или пытается после долгих и бесполезных попыток прекратить плакать. Появляющиеся при этом характерные хрипы и тяжелое дыхание сильно напоминают приступ астмы.

Сначала, по-видимому, плач - это часть автоматической реакции, снимающей эмоциональное напряжение и призывающей мать, которая должна снизить уровень дискомфорта. Впоследствии ребенок реагировать на состояние дискомфорта уже произвольной реакцией плача, и этот способ реакции впоследствии закрепляется при наличии подкрепления. Получается, что присутствие матери связывается у ребенка со снижением дискомфорта. Образуется важный условный стимул.

И наоборот, постепенно отсутствие матери, которое связывается у ребенка с состоянием дискомфорта, становится заученными стимулом к развитию тревоги, которая становится мотивом к реакции плача. При неподкреплении реакция просто затухает, однако ее можно подавить и наказанием, что приводит к конфликту между двумя видами тревоги: мотивирующей и подавляющей плач, так как на признаки материнского неудовольствия плачем у ребенка тоже развивается тревога, страх. Если плач не подкрепляется удовлетворением потребностей, то он начинает пробовать другие респираторные реакции, напоминающие астматические: вздохи, хрипящее дыхание, кашель и т.п. И если эти реакции подкрепляются уменьшением тревоги в связи с привлечением внимания матери, вероятность их употребления возрастает» [1, с. 182].

Однако действительно отвергающее поведение матери встречается довольно редко, чаще встречается не вполне осознаваемая тенденция к отверганию, трансформирующаяся в гиперопеку. Эта тенденция, несовместимая с морально-этическими нормами матери, приводила к чувству вины, которое смягчалось взаимно изматывающей чрезмерной опекой матерью больного ребенка. В результате получается инфантильная личность, у которой симптомы бронхиальной астмы и становятся средством самовыражения.

«История материнского неприятия становится лейтмотивом жизни астматиков. Ребенок, который пока еще реально нуждается в материнской заботе, реагирует на материнское неприятие усилением чувства незащищенности и начинает сильнее цепляться за мать. В других случаях мать астматического ребенка настаивает на том, чтобы их ребенок раньше времени становился независимым. Толкая ребенка к преждевременной независимости, они достигают совершенно противоположного эффекта: у ребенка усиливается чувство незащищенности, и он начинает зависимо цепляться за мать» [1, с. 184].

«Эта зависимость, по-видимому, имеет иной смысл, отличный от того, который обнаруживается при желудочных неврозах и пептических язвах. Она состоит не столько в оральном желании быть накормленным, сколько в *желании быть защищенным,* окруженным заботой матери или того, кто ее замещает. В отличие от случаев язв фантазии на тему еды и пищи не занимают видного места. Вместо них часто встречаются фантазии, связанные с *внутриутробной жизнью*, которые проявляются в форме символики воды или входа в пещеры, закрытых мест и т.д. Все, что угрожает отделению пациента от защищающей матери или от замещающего ее человека, может провоцировать астматический приступ» [1, с. 184].

Эти строки направляют наш взор на внутриутробную жизнь младенца, и на процесс его рождения.

Если мы не способны понять, когда именно происходит формирование астмы, то, возможно, стоит взглянуть дальше, туда, где еще нет объекта, а есть нобъекты.

В своем труде «Сферы» Петер Слотердайк пишет о том, что существуют три до-оральных фазы развития, вернее говорит об этом философ культуры и медиа-антрополог Томас Махо, его слова Слотердайк приводит в своей книге.

«1. Фаза фетального сосуществования, в которой находящийся в материнской утробе ребенок ощущает осязаемое присутствие жидкостей, мягких тел и границ полостей - прежде всего плацентарной крови, а так же околоплодной жидкости, плаценты, пуповины, околоплодного пузыря.

.Второй аспект дородового медиального поля связан с психоакустической инициацией плода, открывающей ему доступ в мир звуков материнской утробы.

. Третьей до-оральной фазой Махо считает респираторную фазу

Действительно, первым относящимся к внешнему миру партнером новорожденного ребенка - еще до всяких новых контактов с покрытой кожей поверхностью материнского тела - является вдыхаемый им воздух, который, как стихия-наследник приходит на смену околоплодной жидкости. … Бытие-в-мире, начинающееся для ребенка после того, как он покинул материнскую утробу, в первую очередь означает для него бытие в воздухе и беспрепятственную причастность к полноте этой среды - после заканчивающегося в эпизодическом приступе удушья акта инициации» [24, с. 160].

*«Воздух предоставляет развивающемуся субъекту первую возможность самостоятельной деятельности в рамках респираторной автономии*, не являясь, однако, такой вещью, с которой можно было бы вступить в какое бы то ни было отношение» [24 с. 154]. Вильгельм Райх, кстати говоря, упоминал о комплексе «воздух-дыхание-самость».

Если брать в расчет, то, что бронхиальная астма связана именно с затруднением дыхания, разумно предположить, что проблемы возникают именно на третьей - респираторной фазе до-орального развития.

Кстати в подтверждение данного предположения можно привести цитату из книги Джеофа Грэхема «Как стать родителем самому себе. Счастливый невротик »: «*Ребенок в процессе рождения может попытаться подавить сильный страх, который он испытывает, трансформируя его в некоторое напряжение. Это напряжение может "запечатлеться" в органах, которые уже действуют в полной мере в момент рождения. Это могут быть сердце или легкие, в результате чего продуцируются астматические явления или речевые трудности.* Напряжение может возникать в желудке, что впоследствии может послужить причиной язвенной болезни. То же самое напряжение в толстой кишке может привести к спастическим явлениям в этом органе» [10, с. 45].

*«Некоторые специфические проблемы могут возникнуть в процессе рождения с пуповиной.* На протяжении девяти месяцев внутриутробной жизни пуповина является вашим другом и кормильцем, а также первым сексуальным объектом. Видеосъемки, фиксирующие внутриутробное развитие ребенка, позволяют нам наблюдать игры младенца с пуповиной*. В момент родов, однако, пуповина может стать вашим врагом, "путаясь под ногами" или прерывая поступление кислорода, обвиваясь вокруг шеи и угрожая задушить вас*. *Это в дальнейшем может вызвать некоторые речевые трудности, трудности с дыханием, ощущения удушья или затруднить глотательные движения*» [10, с. 47].

«Во время зачатия, внутриутробной жизни и особенно в момент рождения и первые несколько часов после него опыт, переживаемый человеком, абсолютно уникален и поэтому, запечатлеваясь, генерирует определенную поведенческую модель. Каковы свидетельства того, что момент рождения так важен для нашего поведения в дальнейшей жизни? Мнение З. Фрейда на этот счет таково, что рождение является нашей первой травмой и лежит в основе всех позднейших переживаний и психологических проблем. Он говорил, что поздние травмы оказываются в некотором смысле повторением и подкреплением первого родового переживания. Он утверждал также, что мы приобретаем способность не допускать в сознание это первичное тревожное состояние, что приводит к прерыванию связи с этой первоначальной родовой тревогой, в результате чего в нас остается некий изолированный страх, заявляющий о себе позднее в форме «блуждающего» тревожного состояния» [10, с 48].

«*Таким образом, дыхание не только физиологическая функция, которая осуществляется и регулируется потребностями человека. Это фундаментальное свойство состояния собственного «Я», способ обмена и установления равновесия между индивидуумом и средой.*

При отделении новорожденного от материнского организма он должен прежде всего дышать. Первый крик - это первое проявление самостоятельной жизни. Приравнивание дыхания к автономному существованию неразрывным образом запечатлевается в организме» [16, с. 18].

.2 Фактор материнской любви в образовании болезни

Кто как не Георг Гроддек может предоставить лучшее вступление для главы о «Материнской любови» и раскрыть, что же все-таки кроется за той самой безусловной любовью, которую все матери так неистово испытывают по отношению к своим детям: «Только тот, кому бросается в глаза такая регулярность и абсолютное отсутствие необходимости в этой борьбе между человеком и задним проходом, тот постепенно придет к выводу, что бессознательное здесь занимается безвинным онанизмом. Что ж многоуважаемая госпожа, беременность является таким безвинным онанизмом в еще большей мере, здесь грех свят, но священное материнство не препятствует тому, что беременная матка раздражает нервы и вызывает сладострастие. … Я могу сразу сказать о том, чем для матери являются шевеления ребенка. Поэт поместил их в драгоценную оправу, начистил до розово-красного цвета и надушил тонким парфюмом. На самом деле это ощущение, если снять с него лучезарный и просветляющий венец, - точно такое же как то, что постепенно возникает, когда что-то двигается в теле женщины. Оно такое же как то, что известно ей от мужчины, только лишено всякого чувства грешности, восхваляется, а не пренебрегается… Вы когда-нибудь присутствовали при чужих родах? Это примечательная ситуация; роженица плачет и кричит, но ее лицо пылает в лихорадочном возбуждении, а ее глаза имеют тот странный блеск, который не забудет ни один мужчина, если вызвал его однажды в глазах женщины. Это странные глаза, странно затуманенные глаза, говорящие о блаженстве. А что чудесного, невероятного в том, что боль может быть сладострастием, высшим сладострастием! … величайшее удовольствие требует боли.

Влагалище женщины - ненасытный молох. Где найдется такое женское влагалище, которое довольствовалось бы членом в мизинец, если оно может иметь член толщиной в руку ребенка. Фантазия женщины работает с мощными инструментами. Чем больше член, тем выше блаженство, ребенок же во время родоразрешения работает своим толстым черепом в проходе влагалища, в месторасположении женской радости, точно как член мужчины, в том же самом движении вперед и назад, и вверх и вниз, точно так же жестко мощно. Конечно, он доставляет боль, этот высший и потому незабываемый и постоянно снова вожделенный половой акт, но он является вершиной всех женских радостей» [7, с. 52].

Многие астматики во время рождения были обмотаны пуповиной, и если брать в расчет выше изложенные цитаты, мы можем предположить, что мать не хотела расставаться со своей радостью, которая приносила ей массу удовольствия, чего она была лишена ранее. Один из пациентов рассказал о том, что во время родов его мать сделала неправильное движение, из-за чего ребёнок был обмотан пуповиной. Сейчас как нельзя кстати подойдёт цитата из работы З. Фрейда «Психопатология обыденной жизни»: «Если за случайной на первый взгляд неловкостью и несовершенством моторных актов может скрываться такое интенсивное посягательство на свое здоровье и жизнь, то остается сделать еще только шаг, чтобы найти возможным распространение этого взгляда на такие случаи ошибочных действий, которые серьезно угрожают жизни и здоровью других людей» [29, с. 34].

Следовательно мы можем сделать вывод, о том, что желание матери заставляет ее формировать ребенка как свое продолжение с помощью которого она будет удовлетворять саму себя. Она сделает все, что бы запрограммировать дитя на «служение» своим неудовлетворенным влечениям.

«Эти рамки отношений формируются межличностной ситуацией матери и ребенка, в которой ребенок может воспринимать себя самого существующим: «The child, while not capable of perceiving the maternal object or of possessing a sense of self or of identity, experiences its existence as reflected by the libidinal cathexis of the mother» [15, с. 45]. Лихтенштейн предполагает, что это архаическое чувство существования, сообщаемое матерью ребенку уже на уровне осязательного и обонятельного контакта, имеет *определенную индивидуально-типическую «конфигурацию»,* определяемую и поведением матери относительно ребенка.

Эту специфическую, уникальную конфигурацию «первичной идентичности», воспринимаемую ребенком в зеркале материнского обращения к себе, с моей точки зрения, следует понимать как предшественницу и образец границы телесного Я, постепенно формируемой ребенком в тесном телесном контакте с матерью. Тем самым «мир первобытной пещеры», о котором говорил Шпитц, представляется не только местом развития функций Я и функционально определенных психических структур, но прежде всего местом первично-процессуального отграничения идентичности Я ребенка, в ходе которого в форме границы Я возникает рамка отношений, делающая возможным раскрытие функций Я, дифференцирование психических структур и развитие человеческой личности» [31, с. 91].

*«Теперь представляется вполне очевидным, что как раз вследствие порождаемой интенсивности как либидинального желания, так и ненависти, отделение ребенка от матери после сформировавшегося с ней эмоционального взаимоотношения может быть столь повреждающим для развития его личности.* В течение ряда лет мы сталкивались с острой тоской и страданием, которые проявляют столь многие маленькие дети при поступлении в больницу или в связанные с местом жительства детские приют-ясли, и с тем, как впоследствии, после того как их чувства оттаивали по возвращении домой, они отчаянно цеплялись к своим матерям и следовали за ними. Нет надобности подчеркивать возросшую интенсивность их страстных либидинальных требований. Сходным образом мы узнали, как эти дети отвергают своих матерей, когда впервые видят их снова, и горько обвиняют матерей за то, что они их бросили» [4, с. 21].

Если мать ребенка не имеет удовлетворяющих ее любовных отношений с отцом ребенка, или эти отношения очень конфликтны, то она весьма рискует бессознательно использовать ребенка как сексуальный или нарциссический (подкрепляющий ее значимость, самоуважение) объект для себя. Есть женщины, которые так наивно и заявляют: «Я хочу ребенка для себя!», «Мужчина мне не нужен!». То есть, этот ребенок предназначен для затыкания дыр в ее раненом первичном нарциссизме и ее нехватки в мужчине: быть ее фаллосом (вещью, которой она гордится), «затыкать ее вагину». Французский психоаналитик Жак Лакан, говоря о бессознательных желаниях матери в отношении ребенка, предлагал такую метафору: «*Мать подобна голодному крокодилу, жаждущему проглотить ребенка, вернуть его в свою утробу и только отцовский фаллос, вставленный в эту ненасытную пасть способен спасти ребенка от поглощения ею!*» [14, с. 15]. Если у матери в голове не существует сексуального, желаемого ею образа отца, то ребенку изначально уготована судьба - быть маминым продолжением и в прямом и в переносном смысле. Французские психоаналитики называют такого ребенка - «ребенком ночи». Часто так и происходит - вместо мужа ночью в постели с матерью спит ребенок. Для нее ребенок становится бессознательной заменой мужчины-отца, как объекта сексуального желания.

Беременность и иногда роды содержат в себе удовольствие удержания (объясняющего некоторые случаи динамической дистонии, гипертонии или инертности матки в момент выталкивания у страдающих хроническими запорами с сильной анальной фиксацией).

«Ребенок-фаллос. Он позволяет возместить утрату фаллического объекта и восстановить нарциссизм. Этот ребенок-фаллос магическим образом отрицает нехватку, отсутствие. Он должен оставаться вечно привязанным к матери, чтобы ее рана зарубцевалась. На этом уровне он выполняет еще одну функцию - парциального объекта, а не субъекта, который может индивидуализироваться и вести личную жизнь» [14, с. 17].

Существование жесткой фиксации на этой прегенитальной стадии объясняет энергию, с какой женщины трактуют своего ребенка как часть своего тела, витальную часть их самих, над которой они осуществляют свое всемогущество и которая в то же время является гарантом их всемогущества.

«Ученые из Японии в течение года изучали влияние методов воспитания и стресса, который испытывают матери, на состояние здоровья детей, больных астмой. В исследовании приняли участие 223 женщины и дети в возрасте 2-12 лет. Матерей просили заполнить анкеты, с помощью которых определяли, какие отношения связывают их с детьми, а именно степень близости, доминирования и склонности к чрезмерной опеке. Кроме этого ученые оценивали эмоциональное состояние матерей и их умение бороться со стрессом. В результате оказалось, что у детей старше семи лет астматические приступы протекали тяжелее, если их матери слишком сильно их опекали. Дети младшего возраста страдали больше, если их мать была постоянно раздражена, сердита или подавляла свои эмоции. Тем самым данное исследование в очередной раз доказывает влияние поведения матери на приступы ребенка» [44, с. 1].

Так же Захаров утверждает: «*Эмоциональный контакт родителей и детей - одно из условий нормального психического развития, формирования характера и личности*. Проблемы эмоционального контакта с родителями у детей, которые впоследствии заболевают неврозами, обусловлены, прежде всего, гиперсоциальной направленностью личности матерей в виде гипертрофированного чувства долга, обязанности, повышенной принципиальности, трудности компромиссов» [12, с. 36]. Типичны затруднения и в эмоциональном контакте с отцом ввиду его занятости, недостаточной включенности в воспитание и конфликтной изоляции в семье. В сумме показатели шкалы "проблемы эмоционального контакта с детьми" превышают аналогичные показатели в норме. Существенно, что мать не может обеспечить приемлемого и, главное, устойчивого эмоционального контакта, в то время, когда ребенок наиболее нуждается в нем. В этой связи типичной будет ситуация, когда нежность и любовь матери заменяются строгостью, отзывчивость - недоверием, терпение - раздражительностью, а последовательность - переходами из одной крайности в другую» [12, с. 36].

«Рассмотрим более подробно такую сторону эмоционального контакта, как привязанность детей к родителям (прежде всего, к матери) в дошкольный период жизни. Привязанность формируется в условиях достаточно теплого, продолжительного и тесного контакта матери с ребенком. Осознанные проявления привязанности у эмоционально чувствительных детей при неврозах и в норме заметны с 7-месячного возраста, когда выражено беспокойство даже при непродолжительном отсутствии матери. Это указывает как на возникновение лежащего в основе привязанности чувства общности, единства с матерью (категория "мы"), так и на развитие первичных групповых или социальных отношений. Вместе с тем факт реагирования на отсутствие матери показывает, что ребенок ощущает себя в чем-то отличным от нее, когда остается один, не чувствуя поддержки и заботы. Подобная дифференциация указывает на зарождение чувства "я" как осознанного восприятия себя. Выраженное беспокойство в отсутствие матери может отчетливо проявляться с 7 мес. до 2,5 лет у девочек (в норме до 2 лет) и 3 лет у мальчиков (в норме до 2,5 лет) и быть максимально представленным при помещении в больницу (без матери) и ясли. В возрасте 8 мес. при неврозах и в норме возможен выраженный страх при появлении незнакомых взрослых. Ребенок при этом прижимается к матери. Создается впечатление, что он как бы подчеркивает привязанность к матери, будучи неспособным поделить ее с другими, особенно пожилыми и незнакомыми женщинами, отличными от сформировавшегося у него эмоционального образа матери. У девочек подобная, во многом инстинктивная, реакция может распространиться на мужчин. Появление категории "другого" или "они" в групповом контексте указывает на дальнейшую дифференциацию "я" в структуре межличностных отношений. Боязливо-аффективное восприятие другого продолжается сравнительно недолго, и уже в 1 год 2 мес. ребенок менее беспокоен в присутствии посторонних. С 1 года 2 мес. до 1 года 6 мес. он уже не столько боится, сколько настороженно воспринимает действия чужих взрослых (к сверстникам подобная реакция, как и страх раньше, отсутствует). Некоторая смущаемость (застенчивость) остается до 2,5 лет, после чего дети могут первыми вступать в контакт. Беспокойство в присутствии незнакомых взрослых нередко фиксируется в психотравмирующих условиях пребывания в яслях и больнице (особенно в возрасте 8 мес. - 1 года 6 мес., когда дети не способны привязаться к кому-либо, кроме матери, и воспринимают чужих взрослых с чувством страха). В итоге, возрастает беспокойство, повышается потребность в безопасности и невротически заостряется привязанность к матери. Следует обратить внимание и на то, что мальчики более чувствительны к разлуке с матерью, девочки более беспокойно воспринимают появление чужих взрослых. При неврозах и в норме чувство привязанности достигает своего выраженного развития к 2 годам. В это же время активно представлено формирование "я". Не случайно, что развитие привязанности к матери и чувства "я" идет параллельно. Мать в это время нужна ребенку как опора, как образ уже сложившегося "я", как источник удовлетворения эмоциональных потребностей. Поэтому спокойное, без лишней суеты, уверенное, последовательное и в то же время заботливое, любящее отношение матери вместе с нарастающей потребностью в подражании отцу (у мальчиков) способствует стабилизации чувства "я" и постепенному уменьшению чрезмерной зависимости от родителей. Этого не происходит при неврозах, поскольку мать часто находится в состоянии эмоционального стресса и не может являться опорой или источником безопасности для ребенка. Скорее, она представляет источник повышенного беспокойства, особенно когда испытывает невротически обусловленную тревогу одиночества или навязчивый страх возможного несчастья с ребенком. Тогда, чрезмерно опекая ребенка, она в буквальном смысле слова "привязывает" его к себе, делая рабом собственного настроения, не отпуская от себя ни на шаг и тревожно предохраняя от воображаемых, несуществующих опасностей. В результате ребенок испытывает каждый раз все большее беспокойство, когда остается без матери, легко теряется, беспокоится и боится. Вместо активности и самостоятельности развиваются пассивность, зависимость, "цепляние" за мать, "приставучесть" и подобные им черты поведения в первые годы жизни детей. Потребность в привязанности нарастает при наличии невропатии и травмирующего опыта разлук с матерью. В итоге, можно говорить о формировании так называемой невротической привязанности, основанной на тревожности матери и аффективно заостренной потребности детей в безопасности. Более выраженная, чем в норме, привязанность отмечается у детей, испытывающих много страхов, неуверенных в себе, часто болеющих и лишенных поддержки отца. При недостаточно включенной позиции отца в жизнь семьи дети в большей степени привязаны к матери и легче перенимают ее беспокойство. Последнее выражено и тогда, когда ребенок боится отца из-за его грубости, вспыльчивости или излишней строгости. Тогда он стремится получить недостающие тепло и внимание от матери, невротически привязываясь к ней. Подобная ситуация оказывает наиболее неблагоприятное воздействие на мальчиков, поскольку односторонний опыт общения с матерью привносит проблемы в их последующие отношения со сверстниками того же пола. К 3 годам жизни привязанность при неврозах и в норме приобретает качественно новые черты, проявляясь выраженной потребностью в признании и любви со стороны родителей, скорее, чем в зависимости от них. Интенсивно развиваясь, потребность в любви достигает, как и все эмоциональное развитие в целом, выраженного уровня в 4 года. Причем любовь направлена главным образом на родителя противоположного с ребенком пола (у мальчиков - на мать; у девочек - на отца). В условиях удовлетворения родителями чувства любви к ним эмоциональное развитие детей протекает более благоприятно. На этом пути у детей с неврозами существуют определенные препятствия. Любовь родителей имеет условный или принципиальный характер, ребенок любим только тогда, когда оправдывает повышенные и субъективно односторонние требования к нему. Чувство любви нередко осложнено неприятием детей по полу, нежеланностью (преждевременностью) их появления или наличием в семье более благополучного сибса (брата или сестры). Это чувство, как и привязанность, "созревает" у родителей детей с неврозами несколько позже, чем в норме, приходя в противоречие с максимально выраженной потребностью в нежности и ласке у детей младшего дошкольного возраста. К тому же оно часто заменяется аффективно заостренным беспокойством о ребенке, чрезмерной опекой и постоянными предохранениями, избыточной регламентацией его деятельности. Чувства матери обычно "растворяются" в борьбе с упрямством детей, не отвечающих односторонним представлениям о должном поведении. Наконец, в любви много нереализованных, невосполненных чувств к мужу или же она отсутствует ввиду похожести ребенка на отца, с которым мать находится в конфликте. Отмеченные особенности материнской любви затрудняют эмоциональный контакт с детьми, препятствуют формированию полноценного чувства привязанности и создают характерный эффект эмоциональной депривации в первые годы их жизни. В старшем дошкольном возрасте заметна возрастная потребность в отождествлении (идентификации) детей с родителем того же пола (у мальчиков - с отцом; у девочек - с матерью). Выражена в этом возрасте и потребность в общении со сверстниками как значимыми другими, что совпадает с развитием ролевых структур личности, умением принимать и играть роли. В этой связи родитель того же пола приобретает значение эталона - модели для формирования идентичных полу навыков поведения при достаточно выраженном чувстве любви к родителю другого пола. С целью уточнения этих положений проведен опрос 960 здоровых в нервно-психическом отношении детей и подростков 3-16 лет из полных семей /1/. Задавался вопрос о том, кем бы стал опрашиваемый в воображаемой игре "Семья": мамой, папой или собой (порядок этих слов все время менялся для устранения суггестивного влияния). У мальчиков 5-8 лет и девочек 3-9 лет преобладает выбор родителя того же пола, максимально представленный в старшем дошкольном возрасте. Отождествление с мужской или женской ролью, воплощенной в лице родителя того же пола, дает возможность более уверенно чувствовать себя среди сверстников того же пола, быть принятым ими. Полоролевая идентификация в большей степени выражена у девочек, у которых она имеет и больший возрастной диапазон своего выражения, чем у мальчиков. Как у мальчиков, так и у девочек имеется корреляция между идентификацией с ролью родителя того же пола, его авторитетом в семье, предпочтением его профессии и отсутствием страха перед ним (последнее только у девочек). Таким образом, факторы авторитета, компетентности и безопасности - необходимые условия полоролевой идентификации с родителями. Выбор роли родителя другого пола, несмотря на наличие привязанности (т. е. действие эмоционального фактора), незначителен. Выбор себя в игре "Семья" начинает преобладать у мальчиков с 10 лет, а у девочек - с 9 лет, являясь показателем роста самосознания личности. В 9 лет у мальчиков и 8 лет у девочек наблюдается перекрест между уменьшающимся выбором родителя того же пола и возрастающим выбором себя. С учетом доминирующих ответов можно считать старший дошкольный возраст адекватным для выбора роли родителя того же пола, подростковый - выбора себя, а младший школьный - смешанным (переходным) для обоих выборов. При неврозах выборы в воображаемой игре "Семья" рассматривались у 335 детей из полных семей в возрасте 3-15 лет. Как и в норме, дети старшего дошкольного возраста чаще всего выбирают роль родителя идентичного с ним пола, особенно в 6 лет. Вместе с тем мальчики при неврозах чаще, чем в норме, выбирают роль матери, что заметно до 9 лет, и раньше начинают быть собой в игре "Семья" (с 8 лет, в норме - с 10 лет). Подобные тенденции указывают как на большую зависимость мальчиков с неврозами от матерей (феномен невротической привязанности), так и на развитие компенсаторного стремления к независимости (автономии) мнений и оценок. Говорит это также о недостаточной роли отца в жизни семьи. При наличии конфликта между родителями девочки достоверно чаще, чем при его отсутствии, становятся собой в игре "Семья", отказываясь таким образом от выбора роли матери. У мальчиков конфликт родителей не сказывается на характере их выборов, т. е. девочки более чувствительны к отношениям в семье. В старшем дошкольном возрасте мальчики с неврозами находятся в более сложной семейной ситуации, чем девочки. Вызвано это недостаточной ролью отца в семье и уходом в случае развода. Последствия этого будут рассмотрены в разделах "Страхи" и "Неполная семья". Пока же отметим, что мальчики, лишенные общения с отцом, обнаруживают большее количество страхов, неуверенность в себе и трудности в общении со сверстниками. Подобные отклонения в немалой степени обусловлены и компенсаторно-замещающим, односторонним влиянием матери, нередко уже больной неврозом. Последнее, на чем мы остановимся в данном разделе, - это психологическая структура семейных отношений, известная под названием "комплекса Эдипа" у мальчиков и "комплекса Электры" - у девочек. По мнению 3. Фрейда, "самый глубокий и постоянный мотив отчуждения, особенно между лицами одного пола, проявляется уже в раннем детском возрасте. Я имею в виду любовную конкуренцию явно подчеркнутого полового характера. Сын еще маленьким ребенком проявляет особую нежность к матери, которую считает своей собственностью, и видит в отце конкурента, который оспаривает у него это исключительное обладание. Точно так же маленькая дочь видит в матери человека, мешающего ее нежным отношениям с отцом и занимающего место, которое с радостью заняла бы сама девочка" (Фрейд 3., 1922). Помещая комплекс Эдипа в центр конфликтного существования человека, 3. Фрейд видит в нем и главный источник чувства вины при неврозах. Как известный этап формирования личности эти отношения могут иметь место в младшем дошкольном возрасте на фоне развития чувства тела. Причем речь идет не о половом чувстве, а о выраженном чувстве любви, направленном на родителя другого пола. Следует учесть и стремление к подражанию родителю того же пола, когда мальчик, так же как и отец, хочет быть женатым на матери, лежать утром с ней в одной постели, а девочка, как и мать, хочет быть замужем за отцом, по-детски повторяя в игре ее образ действий. На рубеже младшего и старшего дошкольного возраста эмоциональное влечение к родителю другого пола, мотивированное чувством любви (более выраженным при внешнем сходстве с ним), дополняется потребностью в идентификации с родителем того же пола, который, таким образом, как и раньше, не является объектом враждебности. От того, насколько отмеченные возрастные тенденции будут конкурировать, а не гармонично дополнять друг друга, зависит характер семейных отношений. Попытки одного из родителей односторонне приблизить к себе ребенка, настроить его против другого родителя, способны привнести проблемный ракурс в естественную для возраста динамику личностных отношений, тем более, что ревность (в 3-5 лет) и агрессивные фантазии (в 2-4 года) являются нормальным проявлением эмоционально насыщенных отношений в этом возрасте. Эти отрицательные чувства могут быть направлены на родителя того же пола, "монополизировавшего" эмоциональный контакт с ребенком, в то время как он любит родителя другого пола. Например, мать доминирует в воспитании, оттеснив на задний план отца, которого любит дочь, или отец не воспитывает, а "дрессирует" сына, считая его излишне мягким и эмоциональным, в то время как мальчик любит мать, уступающую ему и более отзывчивую. Неприязненные чувства в этом случае будут направлены на отца, отнявшего любовь матери. Мы видим, что агрессивные чувства в этих случаях обусловлены конкретной социально- психологической динамикой семейных отношений. При всем этом ребенок не может реализовать свои чувства и потребности, испытывая к родителям противоречивые чувства любви, восхищения, обиды, ревности и неприязни. Неразрешимый внутренний конфликт является источником постоянного психического напряжения, играющего роль одного из невротически декомпенсирующих факторов. Чувство вины, испытываемое детьми при наличии противоречивых чувств к родителям, может иметь место, но главным образом в старшем дошкольном возрасте, когда происходит развитие социально опосредованных или высших эмоций. Рассмотренные семейные ситуации типичны для детей с неврозами и представляют не что иное, как патогенно значимые модели межличностных конфликтов. Лучше всего и рассматривать их таковыми, в социально-психологическом ключе, не прибегая к искусственно созданной терминологии.

Интроецировав любовь и заботу матери, ребенок приобрел способность к конструктивному выстраиванию защит от тревог, вызываемых как внутренними, так и внешними факторами. Такая способность есть условие успешного развития индивида и основа благополучных отношений с окружающими людьми. Напротив сомнения, беспокойство им прочие негативные и амбивалентные переживания матери, интроецированные младенцем в ранних диадных отношениях, подрывают его веру в способность преодолевать трудности, обрекая на состояния тревожного ожидания опасности. Такой индивид становиться зависимым от любимого, внешнего или внутреннего, объекта, что задает деструктивный способ его отношений с другими людьми и самим собой» [12, с. 258 - 263].

Калинова Маргарита Владимировна студентка 5 курса московского медико-стоматологического университета провела исследование анализ психологических факторов формирования астматического компонента у детей, которое придется очень кстати, дабы в очередной раз показать связь отношений мать - ребенок и бронхиальной астмы.

«Цель: исследование особенностей типов привязанности матерей и их детей, имеющих астматический компонент.

Задачи: проанализировать основные теоретические положения и экспериментальные факты, касающихся теории привязанности и психосоматических теорий; проследить наличие возможной корреляции между типом привязанности и наличием бронхиальной астмы у ребенка; проследить наличие взаимосвязи между типом привязанности матери и типом воспитания и его возможную связь с полом ребенка; выявить нарушения тревожности, агрессии и сна у детей с астматическим компонентом.

В ходе исследования применялись следующие методы:

. Библиографический;

.Экспериментально-психологическийметод, в рамках которого использовались методики:рисуночная методика «Семья животных», рисуночная методика «Мать и дитя» (модификация Мельниковой М.Л.), рисуночная методика "Я и ребенок в виде цветов" (Мохова Е.Е., Мохов В.А.), опросник для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис), проективная методика для диагностики школьной тревожности (А.М.Прихожан), проективная методика для определения особенностей эмоциональной привязанности ребенка к матери (Н. Каплан), интервью привязанностей («деревня привязанностей»), о нарушении сна» [42, с. 2].

«Проведенное исследование выявило:

. Взаимосвязь типа привязанности матери с типом негармоничного (патологизирующего) воспитания, который в свою очередь взаимосвязан с типом привязанности ребенка, его полом и фактом отсутствия/наличия у него астматического компонента;

. Влияние пола на предрасположенность к формированию астматического компонента;

. Повышенный уровень тревожности и агрессии может являться не только психологической особенностью детей, имеющих астматический компонент, а также зависит от нарушения привязанности между матерью и ребенком;

. Взаимосвязь между наличием астматического компонента и нарушениями сна у ребенка

Становится очевидным, что во взаимоотношениях между конкретной матерью и конкретным ребенком центральное место занимают определенные предпочтительнее модели общения» [42, с. 25].

«Согласно модели Фэйрберна, психика новорожденного ребёнка состоит из единого, или первоначального, недифференцированного Я, слившегося в беспомощных и зависимых отношениях с объектом его привязанности - матерью. Поскольку мать не может быть идеальным объектом зависимости, возникает неизбежная фрустрация, перед лицом которой ребёнок беспомощен. Чтобы справиться с тревогой, генерируемой этой угрожающей ситуацией. Я защищает себя посредством «расщепления» и подавления двух аспектов матери - части, возбуждающей потребность и части, потребность отрицающей, которые называются, соответственно, либидинальным и антилибидинальным объектами. Они подавляются вместе с инвестированной в них частью самого Я, а именно вместе с либидинальной и антилибидинальной его частями, и аффектами, в каждом случае характеризующими отношениями между частью Я и его объектом. Психический аппарат теперь состоит из либидинального Я и его возбуждающего (либидинального) объекта - системы, для которой характерны возбуждение и страсть, а также антилибидинального Я и его отвергающего (антилибидинального) объекта, отношения которые характеризуются фрустрацией и агрессией. Эти структуры отщепляются от осознательного опыта за счёт подавления. Остается сознательная часть психики новорожденного, представленная «центральным Я», и надежная, заботливая, не слишком фрустрирующего или возбуждающая часть матери, в переживаниях беспомощного ребёнка представленная тем, что называется «идеальным объектом». Фэйрберн связывает центральное Я с более сознательными функциями. В результате действия механизм подавления «отщепленные» (или подавленные) интроецированные объекты, как правило, практически не изменяются временем. Они сохраняют свои инфантильные примитивные качества вне зависимости от более позднего опыта индивида. Существование этих отщеплённых систем приводит к тому, что вследствие возбуждения или фрустрации; возникающих в близких отношениях, сильно изменяется эмоциональное восприятие себя и других - несмотря на актуальный опыт с «реальными» другими, взаимодействие с которым отличается от интернализованных ранних объективных отношений.

В этих взаимопереплетающихся аспектах семейного развития ребёнка на каждой стадии вбирает в себя свои переживания, связанные с родителями, как данные об «интернализованном объекте» и «Я» или части его самого, соответствующей его восприятию конкретного объекта в конкретный момент развития. Поскольку подавляемые либидинальная и антилибидинальная системы остаются относительно неизменными во времени, они продолжают входить в состав Я, не подвергаясь процессу созревания. Между тем, на уровне центрального Я, то есть в основном русле развития, родитель и ребёнок продолжают эволюционировать, и их отношения репрезентируют «подлинное» взаимодействие. Однако образ родителя, включенный в вытесненную систему внутренних объектов, не изменяется, и ребёнок отчасти ведёт себя так, как будто бы реальный родитель остался или должен был остаться «внутренним объектом» из его прошлого опыта. Некоторые элементы поведения родителя действительно сохраняются, и такая стабильность в течение продолжительного периода подкрепляет структуру внутреннего опыта. В зависимости от того, насколько неизменно ведёт себя родитель, модель, интроецированная ребенком, закрепляется и становится все более ригидной. Опыт, усвоенный в начале жизни, преобразуется в очень устойчивые модели - как потому, что внешний и внутренний миры становятся ближе, так и потому, что зачастую они поддерживаются постоянством родительского поведения» [31, с. 3-5].

.3 Вклад агрессивности в процесс астмообразования

В результате данный подход привел к нескольким выводам, один из которых заключается в том, что тогда, как интерннализация либидинозной энергии приводит к неврозу, интернализация без нейтрализации агрессивной энергии должна привести к некоторого рода самодеструкции. Далее авторы выдвигают предположение, что интернализированная агрессия играет соответствующую роль в этиологии болезни.

«Я ребенка это прежде всего некое иное в Я его родителей, первоначально матери. Отщепление Я ребенка от материнского Я, как физическое отделение организма является мощным стрессовым фактором. Деструктивизм возникающий как запущенная тенденция индивидуации разворачивается вначале на почве *фундаментальной зависимости Я от Другого*, на фоне первичного мазохизма (первичный мазохизм (мазохистическая объектность ребенка) наполняющее чувство отчужденности от матери и невозможность (при большом желании) вернуться в ее лоно. Чувство, которое заставляет уничтожать субъектность в себе, а в некоторых случаях и изгнание субъективности из другого и из мира вообще). (изначально для ребенка его Я и Я его матери слиты воедино) Для ребенка Другой мать это всеохватывающая данность исторгающая из себя условие для несвободы ребенка» [23, с.14].

«Изначально отношения мать-ребенок представляют психосоматический симбиоз, нерасчлененное единство на всех уровнях психики, *таким образом, невозможность ребенком преодолеть первичные объектные зависимости от материи либо реактивные образования на этой мазохистической зависмости формируют условия и действия для антисубъективной (противоиндивидуалистической) деструктивности*, реализуемой в активных и пассивных (как раз в случае психосоматических больных) формах агрессии» [23, с. 15]. Иными словами желание ребенка вернуться в мать заставляет его уничтожить различия между своим Я и тем что было до, например, того психосоматического симбиоза.

«Агрессивное влечение находит свою генерализованную разрядку в относительно тощей скелетной мускулатуре младенца» [28, с 209].

Переживание ребенком аффективных реакций матери является как бы зеркалом, отражающим для ребенка его собственную отдельность, границу его Я - тела в широком смысле. А вот аффект ребенка, связанный с переживанием этой отдельности себя, реализуется в состоянии ненаправленной потенциальной агрессивности. ( свободно флуктуирующей ) То есть Агрессия есть продукт узнавания Я самого себя. «Агрессия направляется на объект, отнесенный к «плохому» (не-Я).

Именно в период перехода от того, что мы ранее назвали «дообъектными отношениями» к реальным объектным отношениям агрессия и агрессивные проявления становятся специфическими. Именно размежевание Я от не-Я знаменует собой проявление объекта, именно с помощью этого размежевания агрессивное влечение дифференцируется от либидинозного. Сотрудничество агрессивного влечения с либидинозным является предпосылкой для формирования объектных отношений. Либидо и агрессия не различимы друг от друга на стадии, предшествующей объектным отношениям.

И в этот момент ребенку важно научится превращать деструктивную агрессивность в конструктивную (которая как раз и ведет к индивидуализации и заставляет человека совершенствоваться и вообще является центральной Я-функцией). Формирование постоянных объектных отношений «зависит от способности индивида выносить фрустрацию.

«Переориентация деструктивной агрессивности в конструктивную зависит от способности матери изменять свое отношение к ребенку, начиная от физического отделения от себя до разрушения психологического симбиоза с ребенком. Возрождение отношений с объектом (матерью), другими словами, стабильность отношений с ней, способствует усилению (акцентированию) конструктивной функции агрессии. При этом под конструктивностью понимается ее направленность на интеграцию Я субъекта с целью форммирования стабильных устойчивых границ. Соответственно способность обретения собственной идентичности обнаруживается в способности субъекта восстанавливать объект» [23, с. 16].

Изначально ребенок заключен в тело матери и ему там естественно хорошо, он не понимает, что есть он, а есть его мать. После чего совершается деструктивный акт, отделение одной части от другой. При этом ребенок становиться самостоятельной частью, однако при этом до сих пор хочет вернуться в утробу (первичный мазохизм) и ему не нравится различие между ним и тем как было в матери, ему доставляет дискомфорт ощущение отдельности Я и не-Я (под не Я мы понимаем то единство и то пространство которое он утратил). Во время переживания этой отдельности в нем образуется агрессивность, энергия, с которой пока не ясно, что делать, которая должна перейти в каество конструктивной. По сути, эта энергия возникает, когда ребенок чувствует, что выход в мать перекрывается, то есть ему раз за разом говорят - «Слушай, тебе пора перестать желать возвратиться в мать, разве ты не понимаешь, что ты это не она». Эта самая энергия может быть направлена либо во вне, либо во внутрь в зависимости от зрелости Сверх-Я.

Для чего вообще нужна агрессия? Ее функции можно определить следующим образом:

 обнаружение собственной активности в период младенчества при столкновении с внешним миром.

 Обнаружение собственного желания в период оформления и функционирования объектных отношений.

И в том и в другом случае агрессия служит субъекту в установлении субъективного пространства. «Агрессия, направленная на разрушение объекта, призвана установить границу субъекта, качественно задать глубину этой границы и ее устойчивость» [23, с. 104]. Фактически агрессивный акт подтверждает существование субъекта, это одномоментное действие, осуществляемое в границе субъекта, по поводу его границы и через эту границу. Агрессия - это то, что обнаруживает субъекта как его абсолютное действие по преодолению объектности. Разрушение своего желания при невозможности его исчерпать или «исчерпание» желания через разрушение Другого, насыщенного проекциями, разворачивают пространство субъективности.

«В этом случае образ тела становится ареной переживания одновременно желания направленного к другому и отрицания в отношении себя» [23, с. 93].

Мы постарались рассмотреть, что такое агрессивность, понять ее функции и какой вклад она может внести в формирование болезни. Перед этим мы рассмотрели отношения ребенка с матерью и доказали, что она имеет непосредственное значение, если не определяющее, в развитии симптома у ребенка. А сейчас мы увидели, как мать, влияя на умение ребенком управлять агрессией, порождает в нем неспособность отделения, и привязывает его тем самым к себе. Ведь именно от ее отношения к ребенку зависит его способность к переориентации агрессивности. Точнее направленность агрессии в конструктивное, либо в деструктивное русло, что собственно и формирует или не формирует болезнь, определяется стабильностью отношений матери и ребенка.

Благодаря рассмотрению феномена агрессивности мы можем рассмотреть глубинные механизмы, которые происходят непосредственно в ребенке. Чем мы и займемся в практической части нашего исследования.

Исчезновение объекта означает разрушение своего желания и отсутствие границы. «Нет объекта, способного удовлетворять мое желание, следовательно, нет места моему желанию, а, значит, и нет меня. Нет моего Я, но я существую» [23, с. 106], субъект «не находит» себя в зеркале бытия, поскольку его образ, подобно образу первичного объекта фантомен. Мы можем сделать вывод, что данная картина разворачивается на базе невозможности отправления агрессивной энергии на поиски нового объекта, и фиксация, благодаря матери естественно, на прежнем объекте, разрушение которого приравнивается к смерти. Ведь при нормальном развитии объектных отношений у ребенка формируется представление об объекте как о том, что способно выдержать разрушение со стороны субъекта, оказать сопротивлен6ие и при этом, вероятно, измениться, но не исчезнуть бесследно. Акт рождения - акт агрессивный, сопряженный с напряжением и расслаблением, акт, при котором, по утверждению Гроддека, женщина испытывает небывалое сексуальное удовольствие. Сексуальное удовольствие способен испытывать лишь субъект желания. Роды это обретение собственного желания, обретение фаллоса, который изначально принадлежал ее матери. Переживание обретения фаллоса запускает аффективную реакцию, связанную с переживанием собственной отдельности, которая реализовалась в состоянии агрессивности, которая направлена, в следствии нарушенных объектных отношений, на уничтожение этого самого желания или фаллоса, который нес в себе угрозу отделения ребенка от матери. Агрессия направлена на остановку дыхания, невозможность выдоха. В процессе родов, как мы все знаем, дыхание играет крайне важную роль, соответственно девушка отказывается от дыхания, чем отказывается от рождения ребенка (плюс ко всему вспомним, что при рождении ребенок пациентки был обмотан пуповиной) и как следствие от обретения фаллоса. В этот момент, она пытается вернуть себе материнский объект, пытается восстановить утраченные отношения с матерью. Отказывается от своего желания в угоду ее желанию. В случае тринадцатилетнего мальчика мы выяснили, как мать управляет своим ребенком, здесь мы можем предположить подобный механизм. Мать выстраивает определенную конфигурацию в пространстве объектных отношений. Изначально она фрустрирует сексуальное желание ребенка, чем вызывает агрессивное действие, на которое после реагирует абсолютно неадекватным способом, чем вызывает переживание ребенка о том, что объект утерян навсегда., а если нет объекта способного удовлетворить желание, значит нет и самого желания, а значит нет меня. В ребенке формируется запрет на желание, вызывающее фрустрацию со стороны матери, следовательно, что любое желание, неудовлетворяющее мать, является опасным для жизни, а значит грозит смертью. Соответственно роды как процесс, в котором пациент как испытывает сексуальное желание, а так же обретает фаллос, ведут к отделению ее от матери, а значит к смерти. Следовательно, необходимо уничтожить объект, который создает эту угрозу.

На рисунке 3 в главе Схемы, мы изобразили алгоритм, по которому действует управление агрессивностью астматика. Так, когда Желание ребенка не равно Желанию матери, то оно сталкивается с фрустрацией, которая порождает агрессию, которая позже ведет к уничтожению дельты между желаниями, для того, что бы избежать отделения ребенка и последующей за этим отделением смерти.

Желание выступает в качестве маркера разделяющего Я и не-Я. В момент ощущения этой разницы порождается агрессия. Однако неспособность переживать такие моменты направляет агрессивность не на дальнейшую индивидуализацию себя, а во внутрь субъекта на его деструкцию. Субъект не позволяет агрессии идти на усложнение самого себя, а идет на уничтожение этой разницы. Таким образом, агрессия направляется на спазм бронхиол.

.4 Схемы

Враждебные импульсы, направленные против объекта любви, также могут угрожать отношению зависимости и провоцировать приступ. Представляется также, что любое внезапное усилие, которое вызывает независимое поведение индивида, может возрождать глубоко укоренившийся конфликт между наклонностями к независимости и зависимости и тем самым провоцировать приступ.

Для маленьких детей триггерами к приступу могут послужить: - утрата или снижение чувства защищенности; - жестокая семья; - эмоционально отвергающая семья; - недостаток надзора, гипоопека; - утрата или болезнь близкого человека; - негармоничные семьи: распавшиеся или распадающиеся; - чрезмерные требования; - появление нового члена семьи; - противоречивое воспитание либо смена типа воспитания; - эмиграция; - беззащитность после отрыва из семьи. Для детей школьного возраста: - невозможность соответствия ожиданиям семьи; - переживания чрезмерной ответственности за других членов семьи; - неприятие семьей, детским коллективом, педагогами; - неспособность справляться с учебной нагрузкой; - отрыв от семьи, школьного коллектива; - смена места жительства.

И так возможно предположить, что все вышеперечисленное несет за собой несколько значений, которые можно прировнять друг с другом. Астма как бы «защищает» ребенка, стоит между матерью и отрывом от нее, оберегает его от фалличности, опекает от отцеубийства и переживания оргазма. Больной тормозит сам себя, не позволяет себе родиться, так как рождение предполагает под собой нечто страшное, нечто неизведанное, предполагает под собой смерть и что еще страшнее - жизнь.

На основе вышесказанного можно создать схему, на которой отображен механизм запуска удушья у астматического больного.



рис 1.

Теперь взглянем на ситуацию с другой стороны, и попробуем увидеть роль матери в болезни. За основу можно взять схему Гюнтера Аммона, но симптом мы поместим не в структуру Я ребенка, а саму структуру Я в симптом, так как именно болезнь стоит между матерью и ребенком. Ребенок существует в болезни, а мать смотрит на него сквозь призму данного заболевания. При чем для матери и ребенка болезнь выглядит по-разному, что естественно, так как сморят они на нее с разных сторон. Для матери болезнь является орудием удержания ребенка, а для ребенка это мир, в котором он существует.



Рис. 2.



Рис. 3.

Выводы по первой главе

Подведем промежуточные итоги проделанной работе. Мы пришли к тому, что для понимания возникновения бронхиальной астмы необходимо в совокупности рассмотреть не только ребенка, но и его мать, так как очевидно, что она вгоняет ребенка в болезнь, именно в этом то и была загвоздка прошлой работы, в отсутствии внимания на астмообразующую функцию матери. Желание удержать ребенка подле себя (желание удержания нами пока не исследовано, то есть пока не совсем ясно, какие причины и особенности личности женщины заставляют лепить из ребенка астматика) в качестве объекта, с помощью которого она себя удовлетворяет, программирует ребенка и задает определенные вектора его развития. В частности, мы смогли увидеть, как и что она делает умением ребенком использовать и направлять свою агрессивность. Получается, что она (агрессивность) является агентом на службе матери, мать привязывает с ее помощью ребенка к себе.

Подводя итоги мы видим, что пациенты обладают слабой инстанцией Я, которая лежит во власти симптома, и не может справиться с ним и выйти на другой уровень существования, он вообще не может предположить, что существует выход из того положения в котором он находится. Естественно, что задает эти рамки не кто иной, как мать больного.

В ходе исследования мы пришли к выводу, что для более глубокого и эффективного решения проблемы, необходимо прорабатывать астму в диаде матери и ребенка, если речь идет о детском анализе, так как в противном случае одним своим присутствием она будет вгонять ребенка обратно в болезнь. Конечно, в случае если это невозможно, работа должна вестись в отношении укрепления его Я. Человеку необходим полностью принимающий его другой, способен будет выдержать агрессивные импульса, который способен своим вниманием показать, что больной существует, он достоит права быть в мире, быть рожденным, так как именно это право у него и отнято.

Кроме того мы выяснили, что агрессивность человека страдающего астмой направлена на уничтожение его желания, на размытие его границ, а так же на отнятие у него фаллоса, который угрожает его зависимым отношениям с матерью, соответственно, все что угрожает отделением подвергается деструкции. Соответственно роль агрессивности не в том, что бы служить на благо индивидуализации и субъективации человека, а наоборот, уничтожении субъективности, уничтожается разница, которая возникает между желанием матери и желанием ребенка.

Мы увидели, как агрессия играет фундаментальную роль в развитии астмообразования, она пропитывает собой все сферы жизни человека и является силой создающей болезнь. Можно предположить, что выздоровлению может помочь тот факт, что больному будет предоставлен новый объект, который под воздействием его агрессивных импульсов не разрушится, все это должно происходить в психоаналитическом сеансе.

И так мы представили промежуточные итоги нашего исследования, которые нарабатывали в течение нескольких лет, теперь же давайте обратимся к более авторитетным ученым, и постараемся понять, каким образом на феномен астмы смотрят они.

ГЛАВА 2. МОДЕЛИ АСТМООБРАЗОВАНИЯ В СОВРЕМЕННОМ ПСИХОАНАЛИЗЕ

2.1 Сальвадор Адроер. Эдипальные элементы в формировании бронхиальной астмы

«Ссылаясь на авторов, которые изучали данный вопрос, есть 2 базовые теории о психодинамике астмы: одна утверждает, что существенная проблема исходит от сложных отношений мать-дитя, в то время как другие постулаты важности Эдипова комплекса - в начале болезни. Как шаблон, часто метафорично говорится, что мамы детей-астматиков всегда давлеют над ними, подавляя (удушая) их. Sperling (1949), к примеру, думает, что в этом случае мама и ребенок составляют паталогический союз, в котором у мамы возникает бессознательная нужда делать ребенка беззащитным и зависимым. Ссылаясь на Alexander (1950), астматики показывают ненормальную зависимость от матери. Jores (1966) и Ajuriaguerra (1970) также сошлись во мнении, что астма - это результат неудовлетворительных отношений с матерью, и никакие эдипальные элементы не влияют.

*Выдвигая вторую теорию фундаментальной роли Эдипова комплекса в возникновение астмы, Fenichel (1931) чувствует, что астма возникает благодаря сексуализации дыхания, возникающей в регрессивных модификациях* *Эдиповых импульсов*. Этот автор однажды снова задумался о роли Эдипова комплекса, когда сказал, что «Эдипов комплекс страдающих от астмы имеет типично прегенитальную природу». Дабы не ошибиться, Fenichel был первым автором, обсуждающим мужской элемент (Эдипов комплекс) в патогенезе астмы. Обсуждая эдипальное напряжение в астме, French (1939) соглашался с Fenichel. Все больше современных авторов соглашались с мнением о важности Эдипова комплекса.

Поэтому многие авторы верят, что астма может возникать не на стадии, когда ребенок общается преимущественно с мамой, а на поздней стадии, когда папа играет существенную роль, хоть и на уровне частичного объекта (пенис). Я верю, что этот путь рассмотрения вопроса представляет прогресс, потому что он подчеркивает важность треугольности в психогенезе астмы, хотя, как я объяснял ранее, мое мнение, что базовые фантазии астмы - это треугольник, но не эдипальный.

Первым, кто заговорил об этом, был Фрейд. Он объяснил, что это уровень, на котором, в противоположность ауто-эротизму (возбуждение эрогенных зон) и нарциссизму (восприятие собственного тела как объект удовлетворения), частичные желания объединились, чтобы выбрать объект, который еще не обрел полной генитальности (не сформировался).

Что касается эдипова комплекса, мы знаем, что Фрейд помещает его в возрастной промежуток от 3 до 5 лет, после чего он слабнет из-за родительской интроекции, что приводит к Сверх-Я. *Кляйн (1928) вводит концепцию ранней стадии эдипова комплекса, начиная приблизительно в 4-ех месячном возрасте с началом депрессивной позиции. По словам Кляйн (1932), ребенок, испытывает разочарование в связи с грудью матери, и превращается в пенис отца как объект удовлетворения, и эдипов комплекс появляется, когда он начинает чувствовать ненависть к пенису отца.* На первый взгляд, может показаться, что мы могли бы рассматривать ранние стадии эдипова комплекса как генитальную фазу, поскольку она находится на уровне пениса во влагалище, но если принять концепцию Фрейда, генитальность означает более полную организацию, подлежащей генитальной зоне, нам необходимо рассмотреть на ранних стадиях эдипов комплекс как догенитальную организацию. Напомним, что Эдипов комплекс, как описано Фрейдом, который мы должны относить к генитальной организации, находится на уровне общего объекта, в то время как, согласно Кляйн, на ранних стадиях эдипов комплекс относится к частичным объектам, которые играют существенную роль.

Специфические фантазии: формирование симптомов

С точки зрения теории, которую я хотел бы представить, мы находим два типа специфических фантазий при астме, а также в импотенции: *основные фантазии и оборонительные фантазии*. Основная Фантазия является ядерной или центральной, что мы находим в каждом из этих недугов, и это зависит от того уровня, на котором психосексуальное развитие личности фиксируется. Что касается оборонительных фантазий, эти средства защиты, построенные для того, чтобы справиться с основными фантазиями, когда целостность личности находится под угрозой.

*Основная фантазия астматического больного состоит из атак, садистических по природе, они направлены на разрушение и отделение соска от груди для того, чтобы иметь все, что грудь содержит без каких-либо препятствий.* Основная фантазия от бессильности пациента это страх полового члена (отца) внутри влагалища матери, которая будет кастрировать его, когда он хочет проникнуть и овладеть ею.

*Что касается основных фантазий астматика, как я уже отмечал, что в какой-то момент в его отношении с грудью, ребенок переживает сосок как плохого, так как он является главным препятствием между ним и грудью, когда грудь ощущается как контейнер всего, что хорошо, и, таким образом, он должен отделить**сосок от груди.* Мельцер (1978), комментируя случай Ричарда, обсуждает разделение, которое может существовать между хорошей грудью, к которой притягивается ребенок, а также плохой сосок, которому он не может доверять» [32].

Вероятно, можно воспринимать астматического больного как либо эрогированный пенис отца, либо как полную молока грудь. Например, ребенок пытается оторвать сосок от груди, проявляет агрессивные импульсы, грудь у него отнимают. Тем самым он считает, что грудь его наказала и стала плохой, скорее всего его наказал сосок, который ребенок пытался уничтожить. Сосок пытается ответить ему тем же, он мучает его голодом и наказывает его. Преследует ребенка, за его агрессию.

«Я хотел бы подчеркнуть сходство между двумя основными фантазиями при астме и импотенции, а также указать, что обе фантазии основаны на борьбе с чем-то твердым (соском или пенисом). То, что эти пациенты не в состоянии терпеть то, что объект закрыт, потому что они не могут войти в замкнутый объект и должны тогда зависеть от него: таким образом, они должны атаковать и устранить твердые части. В этом процессе, существует два основных фактора, первый, чрезмерная прожорливость со стороны ребенка, который хочет войти в грудь и овладеет хорошим содержанием в ней, а во-вторых, мать (или позже отец, в случае импотенции), которая фрустрирует. Я считаю, что, в большинстве случаев оба фактора играют определенную роль. Следовательно, с помощью механизма проекции и позже воздаяния (возмездия) сосок и грудь рассматриваются как преследователи.

*Когда астматический пациент сумел уничтожить сосок, он остается без объекта, так как сосок потерян, грудь открыта и пуста, и в этих условиях, не в состоянии выполнить, в качестве внутреннего объекта, его функции придания полноты и поддержки личности (то есть контейнировать Я ребенка, так как грудь без соска не в состоянии удержать молоко). Пациент путем маниакальных фантазий затем прибегнул к защите от замещения соска пенисом в попытке реконструировать (восстановить, перестроить) объект.*

Я уже отмечал мнение Фенихеля о важности регрессивных или прогрессивных движений у этих пациентов. Он пишет (1931), что *астматические условия должны быть расположены в эдиповой области, потому что это зависит от сексуализации дыхания вследствие регрессии эдиповых побуждений.*

*В этом смысле мы должны учитывать, что биномы соска молочной железы, пениса во влагалище объединены с символической точки зрения. В акте сосания, ребенок переживает сосок во рту, кормящего его, но так как фантазия сосок во рту близко напоминает фантазию - пенис во влагалище, ребенок также чувствует, что, для матери, фантазия отца пениса (сосок), который питает ее и дает ей поддержку ей не обойтись.* Некоторые авторы подчеркивают необходимость ребенка испытывать эту ситуацию. Обсуждая детские фантазии Леонардо о грифе, который открывает рот своим хвостом и бьет его им по губам (1910), Фрейд считает, что хвост представляет собой пенис и фантазию, в целом, о фелляции. Он предполагает, что эта ситуация имеет свои корни в опыте многих из нас в процессе сосания груди матери. *Кляйн (1932) также обсуждает этот шаг от груди к пенису, говоря, что каждый ребенок идет от устной фиксации сосать грудь матери к оральной фиксации - сосанию пениса отца. Она объясняет, что этот шаг является результатом первой и неизбежной оральной фрустрации, которую испытывает ребенок в фазе кормления грудью, в его отношениях с матерью. Его интерес смещается к объекту подобно смещению соска к пенису, в надежде, что так будет намного лучше*. Джонс (1933) и Рэйкер (1948) также говорили об эквивалентности между соском и половым членом, а также на грудной генитальной зональной путанице.

Что касается появления астматических симптомов, то если маниакальные защитные фантазии успешны, астматический комплекс не произойдет, так как субъект избегает крах, он может выдержать это через фантазии, в которых он находится под контролем груди, и что он может питать и наполнять себя.

*Но если этих возражений не получится, то не остается никакой альтернативы, кроме как прибегнуть к другой защите, в данном случае бронхиолы наполнены воздухом, тем самым приводя к психосоматическому симптому*. Мы отдаем себе отчет, что существенным признаком астматического расстройства является затруднение дыхания из-за сужения бронхиол, что покидает легкие, полные воздуха. С помощью этой защиты, пациент пытается противостоять недостаточности внутреннего объекта и, следовательно, распаду личности. Мы можем сказать, что основной симптом астмы - это формула компромисса, где одно укрепление заменяет другое, которое не успешно, имея целью держать легкие полными (воздуха), чтобы заменить на пустую (без молока) грудь» [32].

Далее автор приводит цитату из беседы с пациентом: «Я был дома у родителей моей жены и пошел на кухню, к холодильнику, чтобы найти что-нибудь поесть, и обнаружил, что в нем была дыра и оттуда текла вода. И теперь я вспомнил, что у меня дома был радиатор, который теряет воду через маленькую ручку, которую вы используете, чтобы включить его».

Холодильник, в фантазиях астматика, кажется, представляет грудь, в котором он хочет взять еды, но он приходит к выводу, что вода выходит, и это опустошает его, дабы он не смог служить своей цели. Ручка на радиаторе, теряющего воду, представляет собой сосок, то есть она не выполняет свою работу - сохранение воды. Я хотел бы обратить внимание на оборонительные аспекты материала, на защиту, которая является одним из ограничителя астмы. Я имею в виду тот факт, что, во сне, пациент лежит лицом вниз, чтобы сохранять воду, и ему удается сделать это за счет помещения ее в легкие (грудь), но тогда он не может хорошо дышать. *Это то, что происходит с пациентом астмы; легкие наполняются выделениями, или воздухом, в попытке выполнить функцию, которую грудь не в состоянии сделать в качестве внутреннего объекта.*

Что касается астмы, я хотел бы сосредоточить внимание на общем элементе как основных, так и оборонительных фантазий, которые появляются в фантазиях рыбы, холодильника и емкости для воды у исследуемых мною пациентов. Проблема в том, наполнен ли сосуд водой или нет, или, другими словами, является ли полной или пустой грудь. В последнем случае, появляется астма. Я хотел бы также напомнить, что, на мой взгляд, фантазии, соответствующие этим расстройствам содержат эдипальные элементы, хотя они являются частью оборонительных фантазий, но не основными фантазиями» [32].

Начнем с того, что этот автор отличается своим взглядом на рассматриваемую нами проблему. Буквально с первых строк он шокирует своим заявлением о том, что астма образуется не в диаде, а в триаде. То есть в астмообразовании участвуют эдипальные элементы.

*Основная фантазия астматического больного состоит из атак, которые направлены на разрушение и отделение соска от груди для того, чтобы иметь все, что грудь содержит без каких-либо препятствий. В какой-то момент в его отношении с грудью, для ребенка сосок становится плохим, так как он является главным препятствием между ним и грудью, когда грудь ощущается как контейнер всего, что хорошо, и, таким образом, он должен отделить сосок от груди.*

*«Когда астматический пациент сумел уничтожить сосок, он остается без объекта, так как сосок потерян, грудь открыта и пуста, и в этих условиях, не в состоянии выполнить, в качестве внутреннего объекта, его функции придания полноты и поддержки личности (то есть контейнировать Я ребенка, так как грудь без соска не в состоянии удержать молоко). Пациент путем маниакальных фантазий затем прибегнул к защите от замещения соска пенисом в попытке реконструировать (восстановить, перестроить) объект.* Так как существенным признаком астматического расстройства является затруднение дыхания из-за сужения бронхиол, что покидает легкие, полные воздуха. С помощью этой защиты, пациент пытается противостоять недостаточности внутреннего объекта и, следовательно, распаду личности» [32].*Легкие наполняются выделениями, или воздухом, в попытке выполнить функцию, что (пусто) грудь не в состоянии сделать в качестве внутреннего объекта. То есть приступ астмы это невозможность заполучить объект, либо невозможность груди выполнить свои контейнирующие функции. Кроме того можно сказать в случае идентификации с пенисом отца, что ребенок сам становится эти пенисом, надуваясь, и наполняясь воздухом и слизью (здесь стоит отметить, что воздух становится хорошим содержанием).*

*Астма это заполнение легких слизью.* При помощи этой защиты, пациент пытается противостоять недостаточности внутреннего объекта и, следовательно, распаду личности. То есть неполученное молоко, он пытается добрать через наполнение внутреннего пространства отекающими легкими.

.2 Кэтрин Бэкон. Астма как реакция следующая за выделительным неповиновением

«Уилсон в 1941 году предположил, что сенная лихорадка является ответом организма на фантазийные неприятные запахи и что физиологические изменения, которые происходят, являются попыткой избавиться от неприятного запаха. Вольф в 1950 году предполагает, что аллергическая реакция верхних дыхательных путей является оборонительной. Данбар в 1938 году отмечает роль анального и орального садизма и *сексуализацию дыхательной функции* у астматиков и их большой интерес к обонянию. Она также прокомментировала их склонность к интенсивной враждебности и агрессивности и к агрессивным действиям. Эдуардо Вайс постулировал в 1922 году, что астматический приступ вызван страхом отделения от матери. Франц Александер и его единомышленники расширили теорию Вайса и предположили, что страх осаждают ситуации, которые угрожают отделению от матери, особенно ситуации сексуального искушения. Они приравняли астматический приступ с подавленным криком о матери. Они также подчеркнули большую зависимость астматического больного, и указали, что астматический приступ часто может быть снят через исповедь или плач. *Саул и Lyons подчеркивают регрессивную необходимость быть ближе к матери, как будто внутри матки, где даже усилие дыхания не требуется.* Они считают, что астма развивается как физиологический ответ, когда эта зависимость дореспираторная оспаривается превратностями жизни или искушением.

*Астма является ответом на бессознательные страхи нападения на органы дыхания,* а также физиологические изменения, которые сопровождают его попытки защититься от этого нападения. *Мы знаем, кроме того, что стимуляция анального и мочеполового слизистых оболочек стимулирует дыхание. Поэтому возможно, что агрессивные выделительные фантазии, стимулирующие выделительные слизистые оболочки (в том числе половых органов), могут рефлекторно стимулировать или повышать чувствительность дыхательных путей.*(*Исходя из вышесказанного мы можем сделать вывод, о связи дыхания с выделительной системой (анальной или уретральной) она формируется в момент облегчения дыхания, то есть акт дефекации, к примеру, как акт опустошения и акт агрессии по отношению к матери воспринимается угрожающим для собственной безопасности, фекалиям придается значение грозного оружия направленного в сторону матери и способному уничтожить ее, таким образом, невозможность выдохнуть приравнивается к невозможности расслабиться и, как следствие, невозможности опорожнить кишечник*) Когда дыхательные пути были, таким образом, сенсибилизированны, астма может быть спровоцирована агрессией со стороны "карательного" Сверх-Я или со стороны природного эквивалента.

Среди исследуемых больных *каждый приступ астмы начинался с выделительного неповиновения, направленной против одного или другого родителя или родительских имаго*, (что значит против родителя, на самом деле атака или агрессия ребенка всегда связана с уничтожением желания родителя, уничтожение родителя есть уничтожение его желания (по отношению к себе)) когда пациент неудачно, но агрессивно борется с родительским господством. Под «выделительным неповиновением» подразумевается анальный, уретральный или сексуальные выделительные враждебные импульсы к родителю. *При анализе, такие импульсы часто встречаются, они направлены против дыхательного аппарата объекта.*

Одно из самых ранних *defusions (смешивание)* влечений происходит в анальных и уретральных фазах. Ребенок во время приучения к туалету, и, возможно, раньше, загружает экскременты двумя противоположными значениями. Они представляют подарок матери, в обмен на оральное удовлетворение и в подчинение ее желаниям, если они производятся на унитазе, и по ее команде. Они могут, однако, при произведении в другом месте в пику ей, представлять собой нападение на нее. Поэтому экскременты рассматриваются либо как «хороший» или «плохой», в зависимости от того, что предполагает ребенок по отношению к реакции его матери. Хорошо известно, что уретральный и сексуальный эротизм могут быть аналогичным образом разделены на агрессивные и нежные компоненты. (Сейчас как никогда кстати подойдет цитата из книги Сергей Федоровича Сироткина, в совей книге он пишет: «Аффект, связанный с переживанием своей отдельности ребенком, реализует себя в состоянии ненаправленной потенциальной агрессивности» [23, с. 16]. Именно в момент приучения к туалету, по мнению автора, ребенок чувствует себя отдельным от матери, так как ощущает разницу в своем желании и желании матери, однако в следствии ее реакции, он не способен произвести операцию превращения той самой ненаправленной потенциальной агрессивности в конструктивную, что собственно Аммон считает одним из важным в развитии ребенка моментом, ибо именно перевод деструктивной агрессии в конструктивную есть центральная Я-функция. «Переориентация деструктивной энергии в конструктивную зависит от способности матери изменять свое отношение к ребенку, начиная от момента рождения как физического отрыва ребенка от себя, к моменту разрушения психологического симбиоза» [23, с. 16]. Невозможность матери вести себя иначе мы рассмотрим в других текстах, а сейчас заметим, что именно то смешивание влечений, мы так же можем определить, как свободно флуктуирующую в Я агрессивность.)

Один из родителей астматика обычно доминантная личность, у которой есть тенденция заставлять ребенка чувствовать вину за "дерзкие" экскреторные акты, то есть за "кал" и за все сознательные и несознательные производные "кала", как самоотвержение и желание бросить (покинуть, оставить) родителя. Эта вина позже доходит до включения инфантильной сексуальности и желания расти, которые также являются уходом от родителя.

*Сначала мать, потом материнский и отцовский интроекты, которые составляют независимое Сверх-Я, командуют ребенку быть хорошим и подавлять плохие аспекты выделения и его производных. Неприемлемые плохие выделительные импульсы вызывают у ребенка страх, что он потеряет любовь матери или вовсе потерять ее.* Если эти плохие импульсы поступают близко к прорыву в сторону матери, ребенок боится потерять свою хорошую мать; ее место будет принято плохой матерью, которая будет атаковать его дыхательный аппарат. Тот же механизм иногда происходит в переносе на отца. Астматический приступ является ответом на эту угрозу. Это преувеличенная физиологическая реакция на фантазийные респираторные атаки.

Вполне возможно, что более глубокий смысл хороших и плохих аспектов выведения подавляется, поскольку оба глубоко альтернативны и неприемлемы для Я. *Двойственность является нормальным явлением, но как раз перед нападением астмы смешивание влечений настолько велико, что пациент не может противостоять тревоге, связанной с каждой альтернативой.* Явное выражение любого аспекта смешивания влечений, кроме того, удовлетворяет потребность в разгрузке общего влечения. *Если экскреции удовлетворяют только чувство долга, или только желание быть враждебным, то это только приносит лишь частичные удовлетворения. Если такие чувства и отношения являются частью глубокого смешивания влечений и вовлекают желание смерти объекту, и, как следствие страх потери любви и мести, такое влияние может вызвать некоторую форму нарушения дыхания.* Всякий раз, когда такие выражения являются лишь игривыми выражениями амбивалентности, они не вызывают беспокойства, и служат укреплению, а не угрожают объектным отношениям.

*Хотя фантазийное наказание в астме происходит от Сверх-Я, оно бессознательно проецируется на внешние родительские имаго.* Происходит *раскол в материнском или отцовском имаго, который производится зарождающимся агрессивным поведением у пациента. Борьба протекает внутри пациента, за то чтобы бы он был «хорошим». Если ему удастся, то мать хорошо пахнет, она любит его, кормит его, делает жертвы ради него, или спасает ему жизнь в фантазии, что особенно важно при тяжелой астме. Когда агрессивность пациента близка к прорыву, все иначе; он боится, что мать будет плохо пахнуть, будет обесценивать его, покинет его, или (в самом глубоком уровне его бессознательного) утопит или задушит его.* (Как мы увидим в других текстах, например у Монсура, астма ребенка это его защитный механизм, агрессия направленная не на мать, а на самого себя, во избежание уничтожения матери, и как следствии собственной смерти) *Defusion влечений* у пациента соответствует расколу в родном имаго, и степень агрессивности в плохой матери соответствует степени агрессивности у пациента.

Таким образом, можно объяснить случайную необычайную чувствительность астматиков к незначительной агрессивности в их сторону. Если их агрессивность находится близко к поверхности, дыхательный аппарат находится в состоянии сенсибилизации (повышенной чувствительности) и *любая внешняя враждебность может легко восприниматься как исходящая от плохого источника и может начать атаку.*

Терапия астматического приступа заключается не только в мобилизации и интерпретации скрытой агрессии, но и что еще более важно так это предоставление доказательств пациенту того, что терапевт это хорошо, а не плохо. Это происходит особенно при тяжелых астматических приступах, необходимо прислушиваться к бессознательным потребностям пациента и выполнять их настолько, насколько это возможно. Попытка решить в агрессивной форме, что хорошо для пациента может увеличить его страх быть во власти и, следовательно, страх быть задушенным. Роль терапевта должна быть обнадеживающей и реагирующей на потребности пациента.

Клинические данные свидетельствуют о том, что астма и другие формы респираторных тревог могут быть спровоцированы зарождающимися агрессивными чувствами, связанными с анальными, уретральными или сексуальными выделительными импульсами. *Стимуляция выделительных слизистых оболочек этими фантазиями сенсибилизирует дыхательную слизистую оболочку, так же, как физическая стимуляция выделительной мембран стимулирует дыхание.* *Формирующаяся выделительная агрессия вызывает опасения выделительной агрессии со стороны внешнего мира.* Личности, к которым пациент относится "хорошо", он полагает, будут относиться к нему "плохо" и будут атаковать его дыхательные органы в качестве возмездия, протекать это все будет физиологически, как будто это была бы реальная атака ядовитыми субстанциями» [34].

Изначально дыхание приобретает особое значение, оно становится опасным. Бэкон утверждает о связи дыхательной системы и выделительной. Приступы астмы, как правило, начинаются после выделительных неповиновений. Таким образом, мы можем проследить некоторое смешивание двух зон, дыхательная система и выделительная анальная система. После акта дефекации возникает облегчение дыхания, однако сам этот акт связан с опасностью, ведь фекалии могут причинить матери серьезный ущерб, за что собственно ребенок может поплатиться жизнью, если только не будет контролировать свой кишечник. Однако, на мой взгляд, в предыдущей стадии у ребенка уже сформировался некоторый опыт функционирования легких и дыхания, причем опыт негативный. Таким образом «дефекты» в работе легких ведут к постоянному возвращению к ним. Анальные выделения и крик становятся идентичными друг другу. То же самое происходит с уретральной стадией. Дыхательный опыт формирует базис, фундамент на котором строится переживание последующих стадий. Соответственно астма это желание погасить или удержать выделение, как бы контролировать его (как в акте дефекации ходить только на горшок) с целью добиться расположения матери. Тогда пациента не преследуют, не хотят уничтожить плохие объекты, так как он держит свою агрессию при себе.

Здесь мы не отвечаем на вопрос, каким образом дыхание приобретает уничтожающую, разрушительную функцию.

.3 Анита Бэлл. Связь дыхания и дефекации

«Я бы хотела обсудить следующие моменты:

1. Понятие предовладения в добавление к уже установленным идеям вбирания - отдачи у астматиков.

2. Важность постнатального респираторного опыта.

. Возможность того, что на подходящей фазе созревания переживания предовладения могут быть задействованы в последующей способности конструктивно канализировать агрессивное влечение.

. Возможность связи между респираторными переживаниями и приучением к опрятности, особенно у астматиков.

. Некоторые превратности развития агрессивной энергии, имеющие место на самых ранних фазах жизни.

К сожалению, на данный момент я не могу усовершенствовать термин «овладение», не ссылаясь на более сложную дифференцированную стадию развития Я. Однако для ясности мы будем использовать очень точное понятие «предовладение». Мы будем употреблять термин «предовладение» для обозначения использования агрессивной энергии, преимущественно системы гладких мышц, в форме ритмичных движений сокращений с целью завладеть окружающим миром в интересах выживания и адаптации. Это имеет место во время фазы недифференцированного Я-Оно и представляется физиологической предтечей последующего овладения.

Якобсон в своей статье «Я и объектный мир», ссылаясь на описанное Фрейдом состояние первичного нарциссизма, задает следующий вопрос: «Какими путями разряжается психическая энергия во время такого состояния»? Далее она комментирует «Оказывается для понимания раннего инфантильного нарциссизма и самых ранних предвестников аффективной и мыслительной жизни во многом необходимо разграничение разрядки вовнутрь или вовне».

Для наблюдающего за новорожденными доказательствами примитивной попытки «овладеть окружающим миром» покажется сокращающая моторная активность, вовлекающая систему гладких мышц. Это именно та система, которая содержит важные эрогенные зоны. Мы попытаемся изучить дыхание, сосание, пищеварение и дефекацию с этой точки зрения, которая, конечно же, влечет за собой множество пробелов.

Мы будем утверждать, что большинство мускульной моторики можно назвать специальной зоной(specific-zone), вывода агрессивной энергии, ориентированной на выживание, например - дыхание, хотя и наблюдается захождение/суперпозиция от зоны к зоне.

*Этот вывод энергии, который мы будем называть опыт сокращения моторики с целью контроля, но лучше использовать термин «опыт пре-контроля», присутствует в таких действиях как дыхание, сосание молока, пищеварении и дефекации.* Похоже что эти действия являются выражением самых ранних физиологических предвестников контроля. Итак, повторим: эти действия означают, что в фазе Я-Оно, т.е. в младенчестве, все адаптационные процессы определяются в основном физиологически. По моему мнению понятие «контроль» относится к более сложным деференцированным проявлениям, которые возможны только в более поздних периодах Я-развития. Мы попытаемся показать, что эти проявления «пре-контроля» находятся внутри специальных зон, когда все эрогенные зоны достигают фазы полового созревания. Если на секунду представить удовольствие от агрессии и либидо как зоно-специфичными, то мы сможем утверждать, что эта энергия нейтрализируется только тогда, когда она растворяется в соответствующий момент полового созревания в особенной эрогенной зоне. Можно предположить, что постоянные и повторяющиеся проявления сокращающейся моторики могут вызвать объединение энергии агрессии и либидо, и стать причиной соответствующего момента развития, позволяя инстанции Оно воспользоваться нейтрализованной энергией и ее дальнейшим развитием. Из этого можно сделать предположение, что постоянное взаимодействие между агрессивным и либидо влечением, вызывая тем самым изменение обоих проявлений.

Изначально давайте рассмотрим дыхание.*Этот особенный сброс энергии происходит с самых первых мгновений жизни. Органы дыхания в течение этого короткого периода функционируют как моторика, в ответ на внешние и внутренние раздражители, вдыхают кислород и выдыхают углекислый газ.* Если мускулы, используемые в дыхании не выполнят свои моторные функции то новорожденный умрет. *Даже если мы предположим, что ребенок способен накапливать недеференцированную энергию, то мы соответственно должны сделать предположение, что эта энергия будет модифицироваться в интересах выживания и будет использоваться системой дыхания и относящейся к ней мускулатуре.* Мы правильно классифицировали агрессивную энергию ввиду того, что здесь используется мускульная деятельность. Чем мы можем это доказать? Мы пошли в родильную палату для того, чтобы подтвердить и пополнить наши знания, касающиеся послеродового периода. Наши наблюдения показали, что поразительные изменения происходят в промежуток между рождением и первым вдохом. В момент выталкивания плод обладает чрезвычайной гибкостью, у него тургор тканей и недостаточно теплая кожа. Мы видим почти безжизненный объект. Но внезапно начинается *дыхание, очень часто сопровождаемое плачем* - это означает что ребенок в полном порядке.

После начала дыхания тонус мускулов изменился, ребенок начинает двигать руками и ногами, кожа становится розовой и теплой, тургор тканей становится плотным, устанавливается ритм дыхания и с этим меняется кровообращение. В течение этого начального жизненного опыта новорожденный проходит период «тяжелого труда» который можно назвать противоположностью так называемого состояния пассивной дремоты, описанный в литературе. Если мы заглянем в родильное отделение, то мы сможем увидеть, что ребенку, сразу после его травматического путешествия по вагинальному каналу, отрезают пуповину. Затем его держат головой вниз и шлепают, тем самым заставляя его дышать. На этом экзекуция заканчивается, его дают матери, перевязывают пуповину. Затем медсестра кладет новорожденного в специальную корзину. Уже в своей корзине он сталкивается с ярким светом. Если предположить, что ребенок не может различать объекты, то даже при закрытых глазах он может испытывать боль. Я наблюдала несколько родов, когда по некоторым обстоятельствам в палате новорожденных и в акушерской не было сильного света, и каждый раз ребенок переставал плакать. Это, однако, можно посчитать за совпадение. Доказать ее это можно только во время эксперимента, соблюдая при этом особые условия.

Процитируем еще раз Нельсона о педиатрии: «Частота дыхания новорожденного - 37 раз в минуту против 18 у взрослых. Первые вдохи требуют дополнительных усилий, чтобы перейти связанное/когезивное состояние большинства альвеолярной поверхности, являющейся нормальной в утробной жизни. *Выдох происходит посредством движения диафрагмы и брюшной стенки благодаря ритмической активности. Мы даже можем считать первый вдохнутый воздух как мощную массу, которая оказывает давление на стенки альвеол и на остальное бронхиальное дерево*. *Этому давлению должно быть противопоставлен моторный механизм, который обеспечивает вывод воздуха.* *Может ли в этом случае данная активность считаться примитивными попытками пре-контроля над воздушными массами, которые в свою очередь заставляют новорожденного начать противопоставлять себя окружающему миру*?

Огромное количество энергии используется системами дыхания и кровообращения в этот короткий промежуток времени. Они обе имеют ритмическую моторику, что является характеристикой жизненно важных психологических процессов в самом начале жизни.*Этот ритм состоит из сжатия, после которого следует расслабление.*

*Наблюдение за ребенком, когда он сосет молоко может показать то же самое, что этот ритм, по нашему мнению, имеет в своей основе опыт «пре-контроля». Левин (16) описывает агрессивную форму как первое сосание молока.* За пределами описанной фантазии погружения в объект, является ли это тоже простейшим предвестником попытки контроля над объектом (грудью) и так же фактором начала ограничения себя от остального внешнего мира. *Мы часто видим новорожденных, которые при желании убрать от себя грудь матери начинают совершать быстрые сосательные движения. Является ли это попыткой пре-контроля для преодоления угрозы потери*? Играет ли эта попытка какую-либо роль в катектировании объекта либидинально? (Катексис = «заряд психической энергии», катектировать = «эмоционально заряжать объект» - прим. переводчика).

В этой области, похоже, раннее развитие как будто раскачивает сознание от состояния напряжения, которое заставляет ребенка делать примитивные попытки моторного типа, такие как «контролировать» соски матери, до состояния релаксации и удовлетворения. Это будет происходить до тех пор, пока нарастающее напряжение не вызовет повторение цикла.

Каждый раз, когда ребенок осуществляет контроль за грудью, и каждый раз, когда он ее лишается, то увеличивается противопоставление между личностью и объектом. Одновременно с этим ребенок получает удовлетворение от самого процесса контролирования. Лампл де Грот утверждает: «Получая владение, завоевывание, контролирование, владение объектом должны считаться различными способами разрядки с получением некоторого рода удовлетворения. Владение определенным объектом увеличивает энергию этого самого объекта». Мы добавим: дает увеличенное противопоставление себя и объективного мира. *Похожие движения используются в процессе принятия пищи. Здесь мы можем говорить не о внешних объектах, а о массе, сходной с воздухом, над которой и совершается «моторный контроль*». В непсихологическом исследовании произведенным Йорупом (Jorup) в Стокгольм, детям, у которых начинались колики, делали один раз в неделю рентгеновские снимки во время кормления грудью. В течении 1-й минуты кормления перистатильтическая волна начиналась в двенадцатиперстной кишке и достигала слепой кишки в форме сильных продвигающихся волн после 1S минут. После 6-7 минут следовала дефекация. Среди других интересных открытий он показывает, как быстро движется этот пример моторики ото рта до ануса. Мы подошли к теме анальной деятельности, которая по нашему мнению является одной из важнейших тем в астматике. В самых ранних периодах анальная деятельность еще не является вовлеченной в развитую специфичную зону, а является частью пищеварительного тракта из-за близкого расположения. Когда ребенка начинают приучать к туалету, то здесь начинаются гораздо более сложные процессы, которые были описаны выше. Но мы хотим найти маленькую нить, которая, похоже, вплетена во все эти процессы***.*** *Мы действительно наблюдаем процессы, которые показывают связь между дефекацией и дыханием. Движение предшествующие процессу дефекации характеризуются покраснением лица и задержкой дыхания с возможным давлением из-за использования диафрагмы и брюшной стенки. Это те же самые мускулы, которые используются во время дыхания новорожденными!* Если сейчас перескочить немного вперед, то мы сможем заметить *возможность восстановления следов памяти или моделей реакции, которые включают в себя опыт послеродового дыхания каждый раз после того как процесс дефекации происходит с осложнениями.* *Отсюда мы сделали вывод, что существует связь между послеродовым дыханием и анальной деятельностью.*

Этот дает зацепку при ответе на очень сложный вопрос. Мы уже отметили, что «анальные» аспекты личности были чрезвычайными у детей страдающих астмой и их родителей. Мы также скрипели мозгами над отчетами о затянувшимися или атипичными родами у астматиков, с возможными сопутствующими задержками в проявлении ритмического послеродового дыхания при задержках у таких матерей. *Могут ли следы памяти послеродовых дыхательных осложнений быть снова вызваны во время строгого приучения к туалету?* Во время обсуждений на этом конгрессе доктор Филлис Гринакр сделал следующие замечания: «Проводя параллель между нарушениями дыхания и проблемами в процессе дефекации (запор или большой стул), я бы хотел отметить дальнейшую клиническую связь между анально-сфинктерной и респираторной деятельностью, так как если начинается абсцесс/нарыв около ануса, то чувствуется острая боль во время кашля. Это происходит из-за того, что леватор, т.е. поднимающая мышца ануса является экстраординарной или дополнительной мышцей в дыхании и используется во время кашля. Поднимающая мышца ануса скорее всего стимулируется для увеличения активности тогда, когда задерживается дыхание с целью дефекации. Так же можно показать другую связь между ранними проявлениями астмы и анальной фазой. Здесь я позволю себе вернуться к вопросу о ритмах. Дыхание (которое обычно успокаивает, порой даже является гипнотическим в определенном ритме) происходит с сокращением малых бронхов, похожее на ступенчатое увеличение напряжения, для того чтобы создать накопление дикого/разнузданного типа (orgiastic type). Так как этот процесс сопровождается болезненными ощущениями и нервозностью, а облегчение может быть при истощении или при использовании лекарств, то здесь присутствует ложное удовольствие, которое можно сопоставить, и, следовательно, присутствует готовность к мазохистской кротизации (crotization). В некоторых случаях эта ситуация может расшириться, когда она станет постоянной в течение острых анальных фаз во время транзиции/перехода(transition); так же во время гастроинтестинальной реакции с переменой от анимации с начальным сосательным ритмом до движущегося ритма сильного анального контроля сфинктера.

Хорошо известно, что такие матери делают строгие ограничения, касающиеся чистоплотности. Они четко следуют правилам гигиены. Они следят, чтобы дефекация происходила с одинаковыми интервалами, и заставляют своих детей следовать этому правилу.*У множества детей развивается запор при попытке «контролировать свой процесс дефекации». Из-за возможной связи дефекации с процессом дыхания у предрасположенных индивидуумов, такой опыт контроля может сыграть важную роль у детей страдающих астмой.*

Мы исследуем деятельность, которую мы часто называли анальной мастурбацией, с данной точки зрения. Мы можем часто наблюдать ее у детей во время процесса дефекации. Множество из них многократно выталкивают и втягивают кал. Является ли это опять процессом контроля, который используется для уменьшения чувства потери контроля, который может быть индитифицирован потерей необходимого объекта (кала)? Является ли такая попытка сплетением агрессивной и либидинальной энергией специфичных зон?

*Если мы сейчас пересмотрим наше представление о жизненных процессах прегенительного развития, дыхания, сосания, пищеварения и дефекации, то мы можем сказать, что все они тесно связаны с либидинальным развитием новорожденного.* До этого времени мы не учитывали процесс мочеиспускания, потому что этот процесс тесно связан с пост-анальными фазами. Мы все хорошо знаем, что эта система органов содержит эрогенные зоны, которые заряжаются агрессивной энергией и энергией либидо при достижении этими зонами периода полового созревания. Энергия либидо обуславливается эротогеничностью зоны, а агрессивная энергия обуславливается мышечными сокращениями. Интересно, что ритмические сокращения, присутствующие во всех этих системах органов, которые в свою очередь состоят из гладкой мускулатуры, существуют на протяжении всей жизни. Поэтому ранние предвестники сформировавшихся моделей поведения могут создать фундамент, на основе которого позже разовьется структура. Здесь мы столкнулись с ритмической моделью сокращений, которые протекают через все зональные участки, начиная с рождения. Эти сокращения являются выражением попыток пре-контроля, хотя многие из этих областей еще не развились до необходимого либидо состояния. Эти движения, похоже, являются разновидностью ритмических моделей описанных Гринакром. Она различает два типа: успокаивающий или раздражительный. Мы определим эти ритмические сокращения как процесс пре-контроля, с их использованием в дальнейшем развитии отношения к объекту и исследование реальности. *Вдыхаемый воздух воспринимается новорожденным так же, как и пища, которую он потребляет и экскременты.* *Исключением здесь является страх перед потерей объектов (грудь, экскременты), а позже матери. Следовательно, в этом случае, с самого рождения у ребенка уже существуют простейшие вещества, которые он пытается «контролировать».* *Более того, он должен использовать агрессивную энергию для данных целей. Она развивается ритмично и постоянно пересекается с опытом потери объектов одинаково ритмично (грудь и экскременты) и увеличивает либидинизацию объектов, что, скорее всего, происходит через эту самую среду ранних действий пре-контроля.* Во время этого процесса развивается осознание объекта и его противопоставление себе. Мы можем считать, что этот признак означает ранние попытки пре-контроля как возможные предвестники функционирования. Общий темп индивидуален, но, похоже, что модель повторяет себя много раз на протяжении первых недель жизни и развивается в более сложные формы при взрослении.

*Только по истечению некоторого временив работе с пациенткой мы поняли, какую магическую силу имеет воздух. Через воздух можно любить, ненавидеть и даже убить. Когда она любила меня, она выпускала воздух наружу вместе со своими мыслями.* Мы могли посчитать, что мысль эквивалентна стулу.

*Мы использовали термин пре-контроль для связи использования агрессивной энергии, в основном гладкой мускулатурой, в форме ритмической моторики с целью победить окружающую среду в интересах выживания и адаптации.* Это имеет место при недеференцированной Я-Оно фазе, и, похоже, является физиологическим предвестником последующего контроля. Термин контроль будет относиться к более сложным дифференцированным стадиям Я развития. (Агрессия в случае астматика не использована в конструктивном случае, об этом собственно мы говорили в прошлом исследовании. Однако нам стоит ответить на вопрос почему, ведь закладка на сколько мы понимаем происходит в момент рождения и в первых дыхательных движениях. Она не используется конструктивно, здесь ничего не остается, кроме как обратить свое внимание на роль матери в этом процессе).

Обе деятельности (пре-контроль и контроль) служат содействию противопоставлению себя и объективного мира и осуществляет катектирование ранних объектов. Этим знаком пре-контроль и ранние попытки контроля могут считаться предвестниками Я-функций.

Нам кажется, что все дети имеют ритмическую модель сокращательных движений, которые используют гладкую мускулатуру. Это указывает на физиологическую связь с развитием психической энергии*. Это развивается посредством повторяющегося опыта, в течение которых происходит смешение агрессивного и либидо влечений в соответствующий момент развития и в каждой зоне.* Благодаря этим ритмическим повторениям в ранних периодах младенчества, объединение завершается, не оставляя избытка не нейтрализованной энергии. Я может получить пользу от нейтрализованной энергии с целью своего собственного развития. Несмотря на то, что утверждаем, что агрессивная энергия в начале жизни человека немодифицированна, нам кажется, что в нужный момент движения для направления этой энергии через какую-либо систему органов в интересах выживания она должна быть модифицирована.

Может оказаться так, что в ребенке с рождения существуют простейшие вещества, которые он «контролирует» посредством уже описанной ритмической активности*. Воздух при дыхании определяется аналогично еде, при сосании и переваривании, и экскрементах при дефекации.*

*Рассмотрение мускульной деятельности дает возможность утверждать, что некоторые нарушения астматического характера имеют свои корни в самом раннем опыте дыхания, которые впоследствии воскрешаются посредством следов памяти во время проблем в приучении к туалету. В таких случаях опыт анальной фазы может иметь первостепенное значение для некоторых астматиков»* [33].

*Какая связь между дыханием при рождении и тем, что мать заставляет ходить на горшок в строгом порядке. То есть она контролирует его дыхание, контролирует его испражнения. Соответственно приступ астмы являет собой удержание воздуха и кала одновременно. Можно сказать, что матери не позволяют овладеть калом самому. Однако это не объясняет, почему у ребенка формируются проблемы с дыханием, мы можем решить, что контроль матерью дефекации говорит о контроле ею дыхания. То есть пробуждает воспоминания о первом дыхательном опыте, который вероятно прошел с осложнениями. Пользуясь терминологией Аниты Бэлл, мы можем сказать, что опыт невозможности овладения воздушными массами, заставляет ребенка поглощать воздух, для чувствования самого себя, границы своего тела. По аналогии с моментом, при котором мать хочет отобрать сосок у ребенка, а тот начинает активно использовать сосать молоко. В момент дыхания ребенок отделяет себя от внешнего мира, его легкие наполняется, он переживает свою границу, невозможность выдоха, как страх потерять границу, умереть, исчезнуть. Воздушные массы далее идентифицируются с калом, потеря которого так же говорит о потере себя и ослаблению. Так приступ астмы является удержанием внутри себя объектов или масс, которые утверждают или закладывают основу Я ребенка.*

*Акт вдыхания воздуха как акт овладения окружающей средой, вследствие проблем с дыханием в процессе рождения, а так же неудачной адаптации ребенка к горшку для осуществления дефекации. Контроль над воздухом как контроль над объектом, мы уже говорили о том, что он воспринимается как первичный объект отделения его от внешнего мира. Определение своих границ, соответственно это реакция на недостаточность себя. Невозможность овладения воздухом из-за несостыковки агрессии и либидо. Страх удушения заставляет вдыхать воздух, так как есть угроза потери объекта, под объектом понимается как воздух, который становится объектом способным разрушать, так и фекалии, которые приобретают те же функции. В акте дефекации задействованы те же мускулы, что и при дыхании новорожденными. Получается, что выдыхаемый воздух приобретает функции фекалий, удушение в процессе рождения как удержание кала, соответственно уделение анальной зоне повышенного внимания влечет к смещению его и смешиванию анальной области и ротовой. Анальные выделения становятся воздушными выделениями.*

2.4 Карем Монсур. Затруднение дыхания вследствие аффективной реакции матери на плач ребенка

«Говорят, что астму провоцируют отделение или угроза отделения от матери. French, F.Alexander и др. сформулировали концепцию, о том, что астматическим «*ядром является психодинамический фактор, который заключается в конфликте сконцентрированном на чрезмерной зависимости от матери*». Они пишут, что *ее сущность не в столь сильном оральном желании быть накормленным; это больше желание быть защищенным, быть окруженным матерью или материнским образом*; также имеется «соединение бессознательного материнского соблазнения и явного отказа, как одного из часто обнаруживаемых в истории астмы моментов». Saul и Lyons сходятся во взглядах, что «*особое значение следует придавать известным внутриутробным формам пассивной привязанности к матери*». Это подтверждается часто появляющимися внутриутробными символами, особенно воды, в фантазиях астматиков. Они так же обнаруживают, что «соответствующие условия оказывают влияние в детстве и становятся заметны в выборе отдельных органов». Они полагают, однако, что «*эти влияния такие многочисленные и различные в своем количестве и степени, что является основанием для доминирования одной системы органов над другими*.

*Так же, доказаны данные наблюдения Weiss, который показал, что приступ астмы репрезентирует подавленный плач, обращенный к матери*. Другим важным наблюдением, представленным French и Johnson, стало «*непосредственное улучшение, которое происходит в нескольких случаях, после того, как пациент признает нечто, из-за чего он чувствовал вину и предполагал неприятие*». Позднее *Bacon подчеркивал роль агрессии в приступах астмы*. Он увидел, что «*астма и другие формы респираторных расстройств могут быть ускорены возникающими чувствами, включающие анальные, уретральные или сексуальные экскреторные импульсы*» Gerard *заметил в случаях бронхиальной астмы детей, что угроза отделения от матери может быть вызвана «подавлением импульсов, которые осуждаются матерью, угрожают разрывом и отдалением от нее». (Здесь речь идет к примеру об выделениях, на которые наложен материнский запрет)* *Импульсами, которые пациент воспринимал как наиболее опасные, были сексуальные импульсы.*

Отношение сексуальных импульсов к респираторному тракту и особенно к синдрому астмы было замечено еще ранее. Saul и Lyons устанавливают, однако, что «положение о либидинизации респираторного тракта, может быть спорным». Они подчеркивают, как и большинство других авторов, *регрессивные характеристики в симптоматологии астмы.*

Coolidge недавно представил превосходное описание типа коммуникации между астматической матерью и ее астматическим ребенком, выведенных из изучения клинических случаев, где оба, мать и ребенок, были поражены болезнью. Он утверждает, что «в самом начале жизни ребенок оказывается в положении согласованности с материнскими нуждами и также развивается особая собственническая потребность в цеплянии к ней» Выявлено, что схожие интенсивные чувства могут быть реализованы через нарушения в дыхании. *Респираторная функция для детей становится либидинозной и источником боязни и страха.*

В этой статье я хотел бы описать некоторые психодинамические факторы в астме влияющие на ее происхождение, особенно подчеркнуть сущность сообщений ребенка посланные к матери или заменяющей ее фигуре. Эти сведения связаны с особым происхождением страха смерти, наблюдаемой у астматиков.

*Астма это соматическое выражение страха, которая в позднем периоде развития Я и в зрелости проявляется в психологической форме как фобическая боязнь смерти*. Hornik сперва обратил внимание на эту концепцию, заявляя, что «*идеаторное содержание этого страха [боязни смерти] может только состоять из ипохондрических фантазий исчезновения Я и, вообще, трудности дыхания испытываются при умирании*». *Астма, становится одной из специальных форм, в которой эта боязнь может быть манифестирован как соматический феномен*. По моему мнению, другие соматические проявления могут быть идентичными в своей сущности, такие как ожирение, язвенные колиты и энурезы.

Наше внимание в последнее время было сфокусировано на ранних соматических феноменах связанных с развитием Я. *В течении недифференцированной фазы Я-Оно, описанной Hartmann, Kris, Loewenstein, телесные функции служат младенцам для адаптации и выживания. Эти функции являются ранними примитивными предшественниками Я и соматически укореняются. Bеll говорила о таких функциях и отметила, что гладкая мускулатура, вовлеченная в дыхание, включает всасывание, переваривание, и удаление экскрементов, она глубоко связана с напряжением обоих либидинозных и агрессивных влечений*. Мои клинические наблюдения показывают, возможно, что эти ранние физиологические функции могут быть непомерными и искаженными в обеспечении адаптации и выживании. Эти функции в таком случае показывают патологические характеристики, которые говорят о соматических расстройствах в младенчестве и детстве. Астма иллюстрирует одну из таких дисфункций респираторной системы.

Исходя из представленной здесь точки зрения, *нормальное развитие респираторной функции нарушено вследствие чрезмерной потребности в овладении и тревога возникает от патологической симбиотической связи с матерью*. *Это беспокойство связано со специфической манерой, в какой мать управляет детским плачем. Встречается фобическая боязнь смерти в общении матери с ребенком, несмотря на ее чуткое отношение к ребенку, когда он плачет. В этом роде астма, похоже, становится примитивной соматической фобией связанной с боязнью смерти*. Астматические проявления его боязни смерти в его нарушенном дыхании, а так же в выражении ужаса на его лице. Эта особенность часто проявляется в клиническом наблюдении.

Как и все фобические симптомы, боязнь эротизируется. Тревога может и не быть представлена актуальной боязнью смерти, которые вероятно не известны в бессознательном исключая некоторые случаи, в которых выявляется идея смерти. Grotjahn ссылается на астму как клинический пример смертельного страха и устанавливает, *что «астматический приступ может быть понят как смертельное нападение интроецированной матери, неготовность к отказу и безнадежное сопротивление».*

Это должно быть известно, что *способность испытывать боязнь смерти это приобретенная функция Я, развивается как след в памяти из опыта потенциальной смерти инкорпорированная внутри Я. Одно из сильных сведений этих следов памяти от первой рот-грудь, рука-рот или респираторного опыта. Эти и другие ранние тактильные и моторные опыты способствуют формированию образа тела, угроза потери которого ощущается как сильная смертельная тревога*. (Ребенок переживает потерю кала, как потерю части себя и, вероятно, как смерть) Brodsky полагал, что эти следы памяти это первые неопределенные, аффективные и возможно соматические по природе. Они ожидают прибытия анальной фазы и это простирается до трансформации к фаллической фазе продуцируя боязни и страх смерти. Grotjahn заявляет, что первый детский опыт смерти может происходить, когда это первое осознание потери это потеря фекалий; однако период перехода от анальной фазы к фаллической это поздняя стадия в развитии Я, другие составляющие образа Я были сформированы гораздо раньше. Психологические проявления боязни смерти, такие как кошмары, могут проявляться в это время. Фрагменты поведения, такие как нежелание смывать туалет, могут также отражать эти боязни.

Концепция фобической боязни смерти в матери, проявляется как соматический феномен в ребенке, происходит главным образом от работы Johnson и его соавторов, которые показали, что *поведение детей зачастую детерминировано потребностью ослаблять напряжение в родителях вызванном неразрешенными импульсами и тревогами*. *Эти формы поведения становятся особенно сильными и впоследствии они так же воплощают собственные детские импульсы и боязни, которые не могут быть в достаточной мере контролируемы родительским поощрением*.

Ackerman обнаруживает обратное, что *астма может быть формой сильной защитной реакции в детях в отношении к материнским тревогам смерти*. Ребенок часто, кажется, совершенно отрицает существование угрозы боязни. В моем представлении, однако, *детям не свойственно актуально чувствовать угрозу в форме сознательной боязни смерти, но выражение этого боязни в форме соматического симптомокомплекса.*

*Benedek подчеркивает взаимную зависимость детей от этих матерей, а матерей от своих детей, каждый в поиске нахождения ее для жизни, и причина для жизни в другом*. Действительно, *некоторая симбиотическая зависимость необходима для жизни*, как Greenacre хорошо выражает в утверждении что «человек существо не процветающее в изоляции существует длительно главным образом воспоминаниями и надеждами, даже с точки зрения галлюцинаций или простирающихся внечеловеческих жизненных вещей».

*Когда эти взаимные отношения нагружены и искажены чрезмерной тревогой, формируется патологический результат*. *Хорошо известно, что матери астматических детей чрезмерно беспокойны. Хотя такие страхи могут не ясно проявляться в матерях и могут быть легко обнаружены в детском поведении*.

Coolidge описал подобный процесс. *Во время стрессовой ситуации в материнской жизни, было увеличение в ее напряженной тревоге в отношении к детской астме. Дети реагировали на это астматическими приступами. Бессознательно провоцируя такие приступы в ее детях, сама мать была избавлена от этих приступов.*

Недавнее психоаналитическое исследование относительно самых ранних фаз в развитии Я помогает понять природу функций Я, выраженных телесными процессами. Было показано, что образ себя и чувство идентичности постепенно проявляются с первых дней жизни ребенка. *Этот процесс устанавливает главные возможности от сенсорных ощущений вторгающихся в инфантильное сознание*. (Сенсорные ощущения изначально формируют человека, ребенок хочет сохранить жизнь и ему ничего не остается, кроме как подстраиваться под определенную конфигурацию матери) *Слуховые, тактильные, тепловые и кинестетические ощущения, переданные через уход за потребностями ребенка, привносят составляющие части субстанции примитивного Я и Образа Я. Постепенно увеличивающееся восприятие младенца его собственного тела - другие главные источники определения его Я.*

*Внутреннее восприятие соматических процессов также обеспечивает сильные стимулы для Я. Дыхание, всасывание, устранение, и активность скелетной мускулатуры занимают высокое место как источники самоидентификации. Через крик младенец выпускает инстинктивное напряжение, передает сигналы потребностей, и выражает либидинозную энергию соматической системы, которая предоставляет этому слуховое представление себя.*

Этот крик как сигнал о страдании из-за потребностей, который взывает мать к симбиозу. *Если материнская фобическая тревога мобилизуется, она реагирует на этот сигнал с возбуждением аффекта, что вызывает инстинкт младенца в самозащите.* *Детские чувства сильно заряжены тревогой. Слабое детское Я реагирует на эту добавленную угрозу, регрессируя к архаичному Я, и ребенок вскоре начинает плакать в тоске, чтобы отвергнуть поглощающий объект; еще, отвечая на примитивные требования, он в то же время цепляется за единственный объект сохранности (сохранения, т.е. который его защитит), который он имеет. Постепенно, однако, ребенок становится мазохистически подвержен этому порочному кругу. В конце концов детская невыносимая тревога становится лиюидинизированной и беспомощно принимается как часть взаимоотношений с матерью.* *Перенапряжение респираторных органов при ответе к последовательным волнам страха становится хрипом, поскольку слабое Я находится под угрозой исчезновения. Мать, от которой зависит жизнь, сейчас представляет угрозу для жизни.*

Ackerman отмечает, что вегетативная нервная система имеет ранние и специально обусловленные реакции, автор упоминает некоторую частичную выборочную дезорганизацию незрелых функций Я. Он сомневается в обусловленности специфических психодинамических паттернов, что может быть установлено в раннем взаимодействии матери и ребенка. *Функция крика, поскольку он участвует в раннем формировании Я и адаптации, все же дает ключ к природе астмы, в которой крик - преувеличенное и патологическое изменение нормальной функции.*

В наблюдении French и Johnson показано, что *признание мыслей о своей вине приводит к облегчению астмы,* что может быть объяснено*. Астматический симптом - самостоятельно усилие ребенка сообщить о природе драмы между собой и матерью*. *Когда речь приобретена, ребенок в состоянии устно признать свои чувства вины, обычно сексуальные, к другому человеку, который в некоторой манере подает надежду в утешении*. Это может оказывать *помощь в предотвращении страха*, который имел место во время довербального общения.

*Эротизация дыхательной функции в крике рассматривалась Saul и Lyons. Освобождение напряжения через крик в действительности функция доставляющая удовольствие*. Различные степени эротизации дыхательной функции весьма обычны и могут наблюдаться, например, у многих пациентов с острыми или хроническими фобическими неврозами, и в истерии.

В анализе взрослых пациентов астма уменьшиться, когда пациент откажется от загруженного виной амбивалентного образа матери и примет аналитика как не обольстительного родителя, который не очаровывает пациента обольстительной привлекательностью во взаимно эротизированный смертельный опыт.

Во многих случаях лечения астмы детей требуется отделение от матери. Так как признаки астмы часто исчезают при таких обстоятельствах, лечение требует прямого подхода к страдающему фобией ядру болезни. Jessner, и др. отметили также, что «у фобических детей обнаруживаются защитные системы». Должное внимание следует отдать тому факту, что дети в нашей культуре, кажется, проходят через фобическую фазу, как через характерную особенность их развития. Астма может смениться фобическими симптомами, может исчезнуть как проявление невротической патологии в латентный период, или может чередоваться с другими адаптивными компромиссами, ни один из которых не подразумевает решение главной боязни перед смертью. Собственная патология отделенной матери ждет предстоящего воссоединения с ее астматическим ребенком. Если эта надежда окажется бесполезной, то она переместит симбиоз на другого родного брата или разовьет дальнейшую собственную патологию. Лечение матери кажется неизбежным в случаях маленьких астматических детей.

*Оказывается, что клинический синдром астмы имеет свои корни в особом виде отношений внутри симбиоза матери и ребенка. Эти отношения имеют особое значение в развитии астмы, обусловленное тем, как мать реагирует на плач ребенка и управляет им. Во время плача ребенка, мать реагирует негативно заряженным аффектом, она боится и в тревоге подбегает к ребенку. Он чувствует это и сопрягает ее состояние со своим криком, соответственно его крик вызвал в матери это, малыш понимает, что таким образом он способен навредить матери. Однако кричит ребенок потому, что хочет есть, то есть, таким образом, он сигнализирует о своем желании, но сигнал о желании убивает мать (ценный объект, грудь) таким образом желание ребенка ставится под запрет, как уничтожающее. Теперь мы можем ответить на вопрос, почему происходит расслабление дыхания, после того, как астматик позволил себе плач или признание. Это возникает из-за того, что он позволил себе агрессию, которая не воспринялась со стороны как нечто разрушающее, то есть он позволил себе уничтожить мать (аналитика). Мы так же можем сказать, что слезы и крик, могут быть приравнены к выделительным импульсам, таким как фекалии или сперма, направленный в сторону матери. Ребенок чувствует тревожное собственничество матери как угрозу своему существованию (идентичности Я).* *Страх ребенка усиливается неврозом матери, его респираторное функционирование подвергается запредельному физиологическому напряжению. Из-за того, что отношение к матери ведет к интенсивной эротизации респираторной функции, астма служит примером бесплодной попытки достичь сексуального удовлетворения через неуместную для этой цели систему органов*» [40].

Эротизация происходит через напряжение дыхательных путей, напряжение и последующее расслабление. Через приступ удушья ребенок чувствует себя в безопасности (с одной стороны мы можем предположить, что это происходит из-за удержания агрессии внутри себя, то есть непозволение выйти разрушающему крику) так как ему больше ничего другого не остается, кроме как удовлетворить себя таким образом. (обсудить процесс успокоения)

.5 Феликс Дойч. Приступ астмы как эквивалент подавленного крика

«Во время обзора психоаналитической литературы, среди весьма значительного разнообразия эмоциональных конфликтов Франц отметил, что наиболее выдающимися из них являются: подавление всякого рода сильных эмоций; угроза зависимым отношениям и безопасности, основанной на них; сексуальные конфликты. Выдающимися личностными чертами детей с бронхиальной астмой, цитируемых в литературе, являются перевозбуждение, отсутствие уверенности в себе, и цепляние зависимость от родителей.

Франц находит много примеров, которые иллюстрируют, во-первых, что астматический приступ является реакцией на опасность отделения от матери; во-вторых, что приступ является своего рода эквивалентом заторможенного и вытесненного крика тревоги или гнева; в-третьих, что источники опасности потерять мать из-за некоторых соблазнов, к которым пациент подвергается.

Автором обсуждаются характерные защитные силы во время периодов свободных от астмы. Он классифицирует эти защитные силы в трех группах*. В одной из них это выражается в стремлении искать примирения с матерью посредством исповеди.* *В другой разыгрываются попытки овладеть травматическим событием, например, сексуальным искушением,* *агрессивным или провокационным поведением.* В третьей группе, пациенты, как правило, защищают *себя, делая независимыми от матери с помощью аутоэротической, анально-эротическими заменителями*. Если эти защиты *ломаются, возникает астматический приступ*. Складывается впечатление, что *астматический приступ создает ситуация, которая носит острый травматический характер, например, когда опасность потерять мать становится слишком острой, или когда Я не готово к этому*. Франц находит значительный диапазон расхождений в структуре личности астматиков. Тем не менее, выдающиеся характеристики этих пациентов неготовность взять на себя обязанности по заботе о других. Побуждение к агрессивному господству над окружающей средой и к независимости у этих пациентов во многом поглощено задачей освоения страха остаться в одиночестве (быть покинутым).

Несколько соображений сосредоточены вокруг предположения, что приступ астмы является эквивалентом подавленного крика. Утверждается, что крик младенца это первый физиологический ответ, функция которого является созданием дыхания при рождении. Крик приобретает вторично психологический смысл, и включает в себя стимуляцию дыхания. Пациент, однако, должен подавлять свои эмоции. Это торможение сильных эмоций подвергает дыхательную систему к противоречивым и рассогласованным иннервациям. Астматик наконец имеет тенденцию реагировать на повышенную стимуляцию дыхания астматическим приступом.

Наблюдение, что в большинстве сновидений больных бронхиальной астмой, внутриматочные фантазии четко выражены, как в символах воды или в тенденции к отступлению и поиску убежища внутри матери.

Впечатления доктора Бернфельда о личностях этих детей - они не являют собой "откровенно оральные образы" и определенно не анальные персонажи. Положительная идентификация с матерью наиболее очевидна. Он отмечает, что отцы играют явно второстепенную роль в эмоциональной жизни детей. Матери не могут быть охарактеризованы как строго однотипные. Тем не менее, они показывают кастрационно-агрессивные отношения к мужскому полу, и сильно истерические механизмы защиты против сексуальности, которые оказывают устрашающее воздействие на детей. Никто из детей не получил от отца и матери достаточной последовательной недвусмысленных любви» [37].

.6 Обобщение и сравнительное сопоставление моделей

Сальвадор Адроер Буквально с первых строк шокирует нас своим заявлением о том, что астма образуется не в диаде, а в триаде. То есть в астмообразовании участвуют эдипальные элементы. «*Кляйн (1928) вводит концепцию ранней стадии эдипова комплекса, начиная приблизительно в 4-месячном возрасте с началом депрессивной позиции. По словам Кляйн (1932), ребенок, испытывает разочарование в связи с грудью матери, и превращается в пенис отца как объект удовлетворения, и эдипов комплекс появляется, когда он начинает чувствовать ненависть к пенису отца.*

*Основная фантазия астматического больного состоит из атак, садистических по природе, они направлены на разрушение и отделение соска от груди для того, чтобы иметь все, что грудь содержит без каких-либо препятствий, в какой-то момент в его отношении с грудью, ребенок переживает сосок как плохого, так как он является главным препятствием между ним и грудью, когда грудь ощущается как контейнер всего, что хорошо, и, таким образом, он должен отделить сосок от груди.*

*Когда астматический пациент сумел уничтожить сосок, он остается без объекта, так как сосок потерян, грудь открыта и пуста, и в этих условиях, не в состоянии выполнить, в качестве внутреннего объекта, его функции придания полноты и поддержки личности (то есть контейнировать Я ребенка, так как грудь без соска не в состоянии удержать молоко). Пациент путем маниакальных фантазий затем прибегнул к защите от замещения соска пенисом в попытке реконструировать (восстановить, перестроить) объект.* Существенным признаком астматического расстройства является затруднение дыхания из-за сужения бронхиол, что покидает легкие, полные воздуха. С помощью этой защиты, пациент пытается противостоять недостаточности внутреннего объекта и, следовательно, распаду личности. *Легкие наполняются выделениями, или воздухом, в попытке выполнить функцию, когда грудь не в состоянии сделать это в качестве внутреннего объекта. То есть приступ астмы это невозможность заполучить объект, либо невозможность груди выполнить свои контейнирующие функции. Кроме того можно сказать в случае идентификации с пенисом отца, что ребенок сам становится эти пенисом, надуваясь, и наполняясь воздухом и слизью (здесь стоит отметить, что воздух становится хорошим содержанием). Ребенок идентифицуруется с тем, что хочет уничтожить, и в этой идентификации репарирует объект»* [32].

Следующий автор - Бэкон. Она утверждает, что изначально дыхание приобретает особое значение, оно становится опасным. Бэкон говорит о связи дыхательной системы с выделительной. Приступы астмы, как правило, начинаются после выделительных неповиновений. Таким образом, мы можем проследить некоторое смешивание двух зон, дыхательная система и выделительная анальная система. После акта дефекации возникает облегчение дыхания, однако сам этот акт связан с опасностью, ведь фекалии могут причинить матери серьезный ущерб, за что собственно ребенок может поплатиться жизнью, если только не будет контролировать свой кишечник. Однако, на мой взгляд, в предыдущей стадии у ребенка уже сформировался некоторый опыт функционирования легких и дыхания, причем опыт негативный. Таким образом «дефекты» в работе легких ведут к постоянному возвращению к ним. Анальные выделения и крик становятся идентичными друг другу. То же самое происходит с уретральной стадией. Дыхательный опыт формирует базис, фундамент на котором строится переживание последующих стадий. Соответственно астма это желание погасить или удержать выделение, как бы контролировать его (как в акте дефекации ходить только на горшок) с целью добиться расположения матери. Тогда пациента не преследуют, не хотят уничтожить плохие объекты, так как он держит свою агрессию при себе.

Далее к рассмотрению у нас текст Аниты Бэлл. Этот автор интересен нам тем, что вводит понятие «контроль» или овладение и «пре-кронтроль». По утверждению Бэлл, первичные закладки будущего Я младенца закладываются через физиологическую деятельность, и освоения мускулатуры и некоторых видов деятельности.

«Может оказаться так, что в ребенке с рождения существуют простейшие вещества, которые он «контролирует» посредством ритмической активности*. Воздух при дыхании определяется аналогично еде, при сосании и переваривании, и экскрементах при дефекации*.

*Рассмотрение мускульной деятельности дает возможность утверждать, что некоторые нарушения астматического характера имеют свои корни в самом раннем опыте дыхания, которые впоследствии воскрешаются посредством следов памяти во время проблем в приучении к туалету. В таких случаях опыт анальной фазы может иметь первостепенное значение для некоторых астматиков*» [33].

Какая связь между дыханием при рождении и тем, что мать заставляет ходить на горшок в строгом порядке. То есть она контролирует его дыхание, контролирует его испражнения. Соответственно приступ астмы являет собой удержание воздуха и кала одновременно. Можно сказать, что матери не позволяют овладеть калом самому. Однако это не объясняет, почему у ребенка формируются проблемы с дыханием, мы можем решить, что контроль матерью дефекации говорит о контроле ею дыхания. То есть пробуждает воспоминания о первом дыхательном опыте, который вероятно прошел с осложнениями. Пользуясь терминологией Аниты Бэлл, мы можем сказать, что опыт невозможности овладения воздушными массами, заставляет ребенка поглощать воздух, для чувствования самого себя, границы своего тела. По аналогии с моментом, при котором мать хочет отобрать сосок у ребенка, а тот начинает активно использовать сосательные движения. В момент дыхания ребенок отделяет себя от внешнего мира, его легкие наполняется, он переживает свою границу, невозможность выдоха, как страх потерять границу, умереть, исчезнуть. Воздушные массы далее идентифицируются с калом, потеря которого так же говорит о потере себя и ослаблению. Так приступ астмы является удержанием внутри себя объектов или масс, которые утверждают или закладывают основу Я ребенка.

В акте дефекации задействованы те же мускулы, что и при дыхании новорожденными. Получается, что выдыхаемый воздух приобретает функции фекалий, удушение в процессе рождения как удержание кала, соответственно уделение анальной зоне повышенного внимания влечет к смещению его и смешиванию анальной области и ротовой. Анальные выделения становятся воздушными выделениями.

Однако мы помним, что и предыдущий автор говорил о смешивании агрессивного и либидинозного влечений, то есть присутствует невозможность установки своей границы, а значит невозможность овладения эрогенной зоной, так как овладение зоной есть «усвоение» агрессии, а значит, ребенок не способен пользоваться этой зоной, так как любая попытка удовлетворения ведет к разрушению объекта. Об этом же нам говорит Анита Бэлл, во-первых, она сообщает, что контроль над зоной ребенок заполучает тогда, когда эрогенная зона достигает зрелости, а созревание происходит в момент растворения энергии, или способности ее вывода. Соответственно вывод энергии у астматиков осуществляется через напряжение гладкой мускулатуры и напряжении грудной клетки. Мы можем сказать, что во время ощущения Желания (орального, анального или фаллического) астматик удовлетворяет его через напряжение органов дыхания. Для астматика сексуальное желание сопряжено с уничтожением, а значит прямая реализация невозможна, (далее мы узнаем почему) таким образом, энергия направляется в мускулатуру.

Здесь мы не отвечаем на вопрос, каким образом дыхание приобретает уничтожающую, разрушительную функцию. Но на этот вопрос отвечает следующий автор Монсур.

*«Оказывается, что клинический синдром астмы имеет свои корни в особом виде отношений внутри симбиоза матери и ребенка. Эти отношения имеют особое значение в развитии астмы, обусловленное тем, как мать реагирует на плач ребенка и управляет им»* [40]. *Вот это сейчас для нас крайне важно. Во время плача ребенка, мать реагирует негативно заряженным аффектом, она боится и в тревоге подбегает к ребенку. Он чувствует и сопрягает ее состояние со своим криком, соответственно его крик вызвал в матери это, малыш понимает, что таким образом он способен навредить матери. Однако кричит ребенок так как хочет есть, таким образом, он сигнализирует о своем желании, но сигнал о желании убивает мать (ценный объект, грудь) таким образом, желание ребенка ставится под запрет, как уничтожающее. Теперь мы можем ответить на вопрос, почему происходит расслабление дыхания, после того, как астматик позволил себе плач или признание. Это возникает из-за того, что он позволил себе агрессию, которая не воспринялась со стороны как нечто разрушающее, то есть он позволил себе уничтожить мать (аналитика). Мы так же можем сказать, что слезы и крик, могут быть приравнены к выделительным импульсам, таким как фекалии или сперма, направленный в сторону матери. «Ребенок чувствует тревожное собственничество матери как угрозу своему существованию (идентичности Я).* *Страх ребенка усиливается неврозом матери, его респираторное функционирование подвергается запредельному физиологическому напряжению. Из-за того, что отношение к матери ведет к интенсивной эротизации респираторной функции, астма служит примером бесплодной попытки достичь сексуального удовлетворения через неуместную для этой цели систему органов»* [40].

Дойч, в своей рецензии, подтверждает наши взгляды, он говорит, о том, что приступ астмы есть подавленный крик, о чем собственно мы уже говорили.

Давайте попробуем подвести все вышесказанное к общему знаменателю и увидеть общие моменты, в каждой из нами перечисленных моделей.

И так, мы согласны с некоторыми авторами в том, что в момент родов и послеродового крика младенца он получает некоторую негативную реакцию, которая после подкрепляется аффектом матери на плач (крик) ребенка. Таким образом, его крик, и воздух который он из себя исторгает, приобретает статус опасного разрушающего объекта. Возникает проблема. Ведь младенец кричит и тем самым сигнализирует о своем желании, и плюс ко всему снимает напряжение, образовавшееся в нем, однако мать, своей реакцией, запрещает ему это делать. Образуется запрет на желание. Со временем на анальной стадии, напряжение испытываемое ребенком в процессе дефекации, а именно приучения к горшку, тянет за собой ассоциативную связь, как уже было сказано выше, в обоих процессах используются одинаковые группы мышц. Тем самым происходит накладывание или смешивание этих двух процессов. То есть анальные массы воспринимаются так же как воздушные массы. Помимо всего прочего, мы смеем предположить, что матери неадекватно реагируют и на нежелание ребенка приучаться к чистоплотности. Тем самым подкрепляют и так негативный опыт. Ведь не секрет, что матери астматиков являются чрезмерно контролирующими. Соответственно фекалии так же приобретают статус опасного оружия, уничтожающего мать. Ребенку ничего не остается, кроме как удерживать внутри себя воздух (крик), астматический приступ это одновременно невозможность выдохнуть и опорожниться. Этим действием он хочет добиться расположения матери. Теперь обратим свое внимание на момент избавления от приступа астмы. Это происходит во время плача ребенка и признания вины, за агрессивные желания по отношению к их матерям или лицам их замещающих. Что происходит в данном акте. Слезы и выдыхаемый воздух выступают в роли агрессивных выделений, так же как сам крик и фекалии, следовательно, больной позволяет себе вывести из себя агрессивно заряженные выделения, он уничтожает мать, тем самым аналитик, своей реакцией утверждает Я пациента, и в процессе переноса на аналитика определенных ролей происходит переписывание предыдущего негативного опыта.

Согласно теории психосескуального развития Зигмунда Фрейда мы видим в каждой из вышеописанных моделей смешивание либидинозных энергий с различных зон, а именно оральной и анальной. Однако мы можем предположить, что на первом году жизни ребенок испытывает снятие напряжения с оральной зоны путем крика, то есть там, где есть невозможность удовлетворить его через сосание появляется крик, следовательно, мы видим, как на оральной стадии формируется, не без помощи матери, закрепление способа вывода энергии через напряжение диафрагмы и грудных мышц, задействованных во время плача. Следовательно, сексуальное удовлетворение ребенок получает через напряжение данной области. Как мы уже говорили ранее, данная фиксация образуется через страх ребенка за вывод агрессивно наполненного воздуха, то есть крика, который способен разрушить мать, а значит и привести к смерти самого младенца. Крик как стимулянт слизистой оболочки рта и горла, ассоциируется с мышечным напряжением. На анальной стадии, в акте дефекации ребенок ощущает напряжение в той же части мышечного корсета, что и во время крика, и именно в этот момент происходит смешивание энергий находящихся в этих двух зонах. Областью сопряжения этих зон является область грудных мышц, так как именно их напряжение вызывало чувство опасности, угрозу для жизни, соответственно по аналогии с криком, фекалии приобретают статус опасных, к тому же, мы не раз указывали на то, что матери астматиков крайне тщательно следят за их чистоплотностью и любят их контролировать. Значит, они не могут обойти вниманием анальную стадию ребенка, и зачастую весьма «трепетно» относятся к их дефекации, то есть мать желает, что бы ребенок ходил на горшок тогда, когда хочет она, ну а если же этого не происходит, и малыш совершит акт дефекации, тогда, когда ему заблагорассудится, (если даже не измажет стены, кровать и себя) контролирующая мать будет в неистовстве, а следовательно в весьма яркой и красочной форме даст ребенку понять, что так делать не следует. Тем самым произойдет точно такой же процесс фиксации, а вернее его усиление, как и в момент плача младенца. Выделениям присваивается статус опасных, а любое неповиновение карается уничтожением. Можно представить два резервуара наполненных водой, один из них это энергия, находящаяся в оральной зоне, а второй - энергия в анальной. Легкие или мышцы груди в нашем случае исполняют роль связующего звена между этими двумя резервуарами. Таким образом и происходит смешивание энергии с двух эрогенных зон. Ниже на Рисунке 4 представлено схематическое изображение.



Рис. 4.

Крик или фекалии не могут быть выведены наружу, так как способны уничтожить мать, выходит, что приступ астмы это наполнение легких воздухом и слизью, тем самым напряжение в области груди и невозможность расслабления, то есть удовлетворения желания, это напряжение сообщает о намерении ребенка расположить к себе мать. Он не может выдохнуть и не может опорожнить кишечник, все, что угрожало матери под контролем больного.

Не вполне увязывается со всеми версиями взгляд Адроера, который указывает на то, что при бронхиальной астме имеет место быть эдипальный элемент. Довольно смелое заявление о том, что астматики переживают фантазии не внутриутробного периода, а видят грудь, не способную к контейнированию. Таким образом, в процессе ее уничтожения и неспособности ею выполнять свои функции, ребенку ничего не остается, как идентифицироваться с пенисом отца, который является одновременно соском и тем, что содержит в себе нечто, питающее влагалище матери.

Немного отвлечемся от непосредственного рассмотрения версии Сальвадора Адроера, и взглянем на позицию матери в данном заболевании. И так если ребенок идетифицирует свой рот с влагалищем матери, а сосок с пенисом отца, то мы смеем предположить и обратную картину, а именно, что мать поступает точно так же, то есть воспринимает рот младенца как свое влагалище, а свою грудь как пенис (грудь - известный фаллический символ). Следовательно, в момент кормления, женщина удовлетворяет саму себя. Теперь вспомним черты характера матерей астматиков, которые явно являются анальными, а вернее не удовлетворенными анально, следовательно, мать переживает рот ребенка как свой анус. Таким образом, она не способна адекватно удовлетворить оральные потребности ребенка, а об ананльных желаниях и речи быть не может. Соответственно, вспоминаем Рис.2., астма ребенка являет собой симптом анального невроза матери.

Вернемся к сравнению моделей Адроера и других авторов, в чем же заключается различие в рассмотрении бронхиальной астмы. По сути, для него, приступ астмы это наполнение хорошим содержанием, эрогированный пенис, наполненный спермой (молоком), который способен «накормить» влагалище (рот). А значит крик, или слезы это семяизвержение, то есть утрата драгоценного содержания. Вот здесь ты мо и находим точки соприкосновения с другими авторами. Невозможность вывода внутреннего содержания (слез, фекалий, крика (звука)) и удовлетворение посредством напряжения. Процессы, описанные Адроером, ни сколько не противоречат, тому, о чем говорили другие авторы, данные механизмы идут параллельно друг другу.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

И так в заключении хотелось бы сказать, что, не смотря на такое количество авторов, взгляды многих совпадают. Как мы сказали ранее, выделяется из всех только Сальвадор Адроер, который утверждает, что астма возникает не в симбиозе матери и младенца, но при участии отца в этом процессе. Не смотря на это, мы видим, что и он опирается на теорию развития, выдвинутую Фрейдом. Речь идет о прегенетальных стадиях развития ребенка, в которых возникает нарушение, на чем собственно основывается мнение остальных авторов, утверждающих, что сбой происходит в процессе размытия стадий психосексуального развития, а именно смешивания энергий анальной и оральной областей. Почему же авторы не могут сойтись во мнении и рассматривать болезнь одинаково, каждый из них ставит тот или иной фактор, будь то эдипальные элементы или связь дыхания с дефекацией, в приоритет. На наш взгляд разделение во взглядах обуславливается разницей углов рассмотрения. Ведь что мы имеем, так сказать по факту, астматический приступ это наполнение легких воздухом и слизью, сопровождающееся напряжением грудной клетки и не возможность исторгнуть из себя содержимое, так как оно является угрожающим для жизни матери, то есть сохранение наполнения внутри себя есть сохранение материнской любви. Не об этом ли нам говорит Адроер, (мы считаем правомочным рассматривать остальных авторов вместе, так как каждый из них, по сути, дополняет другого) когда сообщает, что легкие ребенка и сам он символизируют наполненную любовью грудь или отцовский пенис, содержащий в себе «хорошее». Мы оставляем за каждым право выбора трактовки этиологии болезни, что собственно и сами сделали. В любом случае астма это способ ребенком удержания материнской любви, через отказ от различного рода выделений (крика, плача, слез, кала, спермы). Интересным так же является то, что каждый из рассматриваемых нами авторов говорит об отсутствии фиксации на определенной стадии развития. Все говорят о смешивании различных областей, то есть энергий, которые заполняют доминантные области психосексуального развития

Теперь поговорим о перспективах дальнейшего исследования. Необходимо ли нам и дальше исследовать возможность синтеза различных моделей, на наш взгляд не стоит, естественно их осмысление и понимание помогает лучше разобраться в болезни, и позволяет углубиться в ее происхождение. Мы не можем отказаться от того или иного подхода в рассмотрении астмы, и так же не можем утверждать о правильности или превосходстве одного над другим. Каждая из рассматриваемых нами моделей демонстрирует нам болезнь с новой стороны, и это хорошо. Как уже было сказано, соединить все подходы на данный момент мы не можем, мы можем только выбрать одно курса и придерживаться его. Кроме того хочется отметить один немало важный момент, самого начала нас не покидала мысль о вкладе матери в развитие болезни, на начальных этапах мы затрагивали эту тему, а в итоге один из рассматриваемых нами авторов, вновь заставил нас задуматься об этом. На наш взгляд, колоссальный объем ценной информации кроется в исследовании матерей астматических больных. Разворачиваемая ребенком болезнь это игра, которую бессознательно навязывает мать, в угоду своим желаниям. Соответственно астма и есть то, при помощи чего она удовлетворяет себя. Терапия детей больных астмой возможна только при условии, что их матери так же будут проходить анализ

ЛИТЕРАТУРА

1. Александер, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. / пер. с англ. С. Могилевского. Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. - 352 с. (Серия «Психология без границ»)

2. Аммон, Г. Психосоматическая терапия / пер. с. нем. - СПб.: Речь, 2000 - 238 с.

3. Бержере, Ж. Психоаналитическая патопсихология: теория и клиника/Пер. с фр.д-рапсихол. наук, проф. А. Ш. Тхостова. Серия «Классический университетский учебник». Вып. 7- М: МГУ им. М. В. Ломоносова, 2001. - 400 с.

4. Боулби, Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей / пер. с англ. - М.: Академический Проект, 2004 - 232 с.

5. Боулби, Дж. Привязанность: пер. с англ. / Общ. ред. и вступ. статья Г.В.Бурменский. - М.: Гардарики, 2003. - 477 с.

6. Винникот, Д. Игра и реальность - М.: Институт Общегуманитарных исследований, 2015 - 208 с.

7. Гроддек, Г. Книга об Оно. Психоаналитические письма подруге - Ижевск: ERGO, 2014. - 352 с.

8. Гроддек, Г. Психическое обуславливание и психоаналитическое лечение органических заболеваний / Георг Гроддек; пер. с нем. - Ижевск: ERGO, 2001. - 44 с.

9. Гроддек, Г. Пути к Оно. Статьи из психоаналитических журналов / пер. с нем. - Ижевск: ERGO, 2013. - 124 c.

10. Грэхем, Дж. Как стать родителем самому себе и счастливый невротик или как пользоваться своим биокомпьютером в голове в поисках счастья. / пер. с англ. Лев А.Я. - М.: ТОО «Независимая фирма Класс», 1993.

11. Дольто, Ф. Т.I: Психоанализ и педиатрия/ пер. с фр. И.Б. Ворожцовой. - Ижевск: ERGO, - 2008. - VIII+ 288 c.

12. Захаров, А.И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. - М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. - 448 с.

13. Клиническая иммунология и аллергология / пер. с англ. М. В. Пащенков, Н. Б. Гамалея. - М.: Практика, 2000.

14. Лакан, Ж. Образования бессознательного(Семинары: Книга V (1957/1958)). пер. с фр./ пер. А. Черноглазова. М.: Гнозис, Логос. 2002. - 608 с.

15. Лихтенштейн, Х. Identity and Sexuality // Journal of the American Psychoanalytic association 9 (1961): 207 рр.

16. Малкина-Пых, И. Астма. Освободиться и забыть навсегда. - М.: ЭКСМО, 2003. - 190 с.

17. Макдугалл, Д. Театры тела: Психоаналитический подход к лечению психосоматических расстройств / пер. с франц. - М.: Когито - Центр, 2013. - 215 с.

18. Патопсихология. Психоаналитический подход: теория и клиника / пер. с фр. д-ра психол. наук, проф. А. Ш. Тхостова. Серия «Классический университетский учебник». Вып. 7. - М.: МГУ им. М.В. Ломоносова. 2001. - 400 с.

19. Пелевин, В. О. Бэтман Аполло: роман. - М.: Эксмо, 2013. - 512 с.

20. Первый, В.С. Справочник невротических расстройств / В.С. Первый, В.Ф. Сухой. - Ростов на Д.: Феникс, 2012.- 637 с.

21. Психиатрический словарь / В. С. Первый. - Ростов н/Д : Феникс, 2013. - 635 с.

22. Руднев, В. Реальность как ошибка. - М.: Гнозис, 2011. - 320 с.

23. Сироткин С.Ф. Заметки по метапсихологии агрессивности. - 2-е изд., испр. И доп. - Ижевск: ERGO, 2014. - 272 с.

24. Слотердайк, П. Сферы микросферология. Т. I: Пузыри. - СПб: Наука, 2005. - 650 с.

25. Сонди, Л. Учебник эксперементальной диагностики влечений. - М.: Когито-Центр, 2005. - 557 с.

26. Справочник по терапии с основами реабилитации / Шапкин В.Е., Заздравнов А.А., Бобро Л.Н., Пасиешвили - М.: Феникс, 2007. - 275 с.

27. Ференци, Ш. Собрание научных трудов / Шандор Ференци. / пер. с венг. и нем. под науч. ред. С.Ф. Сироткина. - Ижевск: ERGO, 2013. - 385 c.

28. Форум агрессологии. Том 2. - Ижевск: ERGO, 2012. - 247 с.

29. Фрейд, З. Психопаталогия обыденной жизни. - М.: Просвещение. - 1998. - 210 с.

30. Фрейд, З. Три очерка по теории сексуальности. - М.: Просвещение. - 1990. - 182 с.

31. Шарфф, Д. Сексуальные отношения Секс и семья с точки зрения объектных отношений» / пер. с англ. - М.: Когито-Центр, 2013. - 304

32. Adroer, S. Fixation Of Asthma And Sexual Impotence At Different Pregenital Stages. / Int. J. Psycho-Analysis. - 1996. - Vol. 77, - P. 787-802.

33. Bell, A. Some Thoughts on Postpartum Respiratory Experiences and their Relationship to Pregenital Mastery, Particularly in Asthmatics. / Int. J. Psycho-Analysis. - 1958. - Vol. 39, - P. 159-165.

34. Bacon, C. The Role of Aggression in the Asthmatic Attack / Psychoanal. Q. - Vol. 25, - P. 309-324.

35. Borje, L. A Case of Bronchial Asthma with Unusual Dynamic Factors, Treated by Psychotherapy and Psycho-Analysis / Int. J. Psycho-Anal. - Vol. 42, - P. 414-423.

36. Deutsch L. Reflections on the Psychoanalytic Treatment of Patients with Bronchial Asthma / Psychoanal. St. Child. - 1987. - Vol.42, - P. 239-261.

37. Deutsch, F. Psychosomatic Medicine Monographs II, Nos. 1 and 2, and IV, 1941. Part I, 92 pp., and Part II, 236 pp.

38. Dunbar H. Flanders Psychoanalytic Notes Relating to Syndromes of Asthma and Hay Fever. Psychoanal. Q. - 1987. - Vol. 7, - P. 25-68.

39. Mitrani, Judith L. "Unmentalized" Experience in the Etiology and Treatment of Psychosomatic Asthma/ Contemp. Psychoanal. - 1993. - Vol. 29, - P. 314-342.

40. Monsour, Karem J. Asthma and the Fear of Death / Psychoanal. Q. - 1960 - Vol. 29. P. 56-71.

41. Wilson, C. Philip Psychosomatic Asthma and Acting Out-A Case of Bronchial Asthma that Developed De Novo in the Terminal Phase of Analysis/ Int. J. Psycho-Anal., Vol. 49, - P. 330-333.