

## СТРАХЪТ И ТРЕВОГАТА КАТО ЗНАЦИ НА ПСИХИЧНАТА СТРУКТУРА И ФУНКЦИОНИРАНЕ НА ДЕТЕТО

доц. д-р Диана Андонова Циркова  
Бургаски свободен университет

## FEAR AND ANXIETY AS SIGNS OF THE MENTAL STRUCTURE AND FUNCTIONING OF THE CHILD

Diana Andonova Tsirkova PhD  
Burgas Free University

**Abstract:** *The article looks at fear and anxiety as a part of the normal development of the child and part of the psychopathological picture. R.Spitz's., M.Klein's., F.Tusten's and D. Winnicott's conceptions connected with the archaic and later experiences of anxiety and fear and their function in the mental structure are being examined. The differences between the autistic and psychotic fears are being brought forward, as well as a few elements of child hysteria, which ought to make us more vigilant when we diagnose the mental structure and the functioning of the child.*

**Key words:** *archaic anxiety, autistic and psychotic fears, mental structure, child hysteria*

Тази статия е резултат от двегодишна работа в картел: „Аутизъм и детска психоза“, организиран от Асоциация Българско психоаналитично пространство. По време на тази работа със съвременни и класически текстове върху аутизма и детската психоза, и споделяне на практически опит от работа с деца с различни по тежест проблеми в развитието, за мен се очертаха две важни полета, върху които продължих да работя в настоящия текст. Първото е свързано с проявленията на детските страхове и психична тревога, организирани в симптоми и поведения, които ние наблюдаваме в консултативната и психотерапевтичната практика, а второто – с мястото и функцията на страха и тревогата в психичната структура на детето.

„Ако хвърлим на пода един кристал, той ще се разчупи, но не произволно; той ще се разпадне на парчета, чието разчленение, макар и невидимо е било определено предварително от структурата му.“[10] Можем да кажем, че в психологичното консултиране и приема на деца с проблеми, ние се интересуваме от структурата, от чупливите точки в нея и възможността детето да функционира, „носейки“ своите чупливи точки.

Такова външно проявление на чупливите точки е страхът. Ако можем да го опишем като проявление и като функция в конкретния случай на всяко дете ние ще знаем малко повече за психичната организация и ще имаме повече идеи за подход и интервенции в работата си.

### **Страхът и тревогата като част от нормалното развитие и като част от психопатологичната картина**

Съществува двойна форма за проява на тревогата – психична тревога /често неопределена/ и страх от реален обект. Съществува и двойна форма за нейното проявление – соматична и психична.

Рене Шпиц [11] и Маргарет Малер [9], говорят за чисто соматични предшественици на тревогата – бебето изпитва напрежения свързани с процесите в тялото и безпокойства по повод на нарушения във вътрешното равновесие – глад, препълване на пикочния мехур, или червата, по повод на сензорните въздействия превишаващи възможността за преработване и разреждане. Ф.Грийнейкър [9] говори не само за предиспозиция към тревога, но и за аморфна базова тревога.

Това, което ни интересува, линията, която следваме е как тази тревога се преобразува, каква е нейната съдба.

Ще започнем с Мелани Клайн [4], която помества параноидно-шизоидната позиция в първите 3-4 месеца. Тя формулира шизо-параноидния страх, който реконструира от анализата на ранните етапи на детството. Този страх възниква чрез два механизма: разцепването и проективната идентификация:

**Разцепването** се отнася както до обекта, така и до Аз-а и се изразява в страха от разчленяване. Разцепването от една страна създава риск от разчленяване, от друга е защитен механизъм срещу това разчленяване. Как звучи това? „Гърдата не може да бъде едновременно добра и лоша, аз не мога да бъда добър и лош. Ако съм добър, инкорпорирам добрата гърда, тогава аз съм цял и гърдата е цяла. Лошата гърда и лошият аз, могат да съществуват само извън.“

**Проективната идентификация:** действа чрез механизъм, състоящ се от два етапа, които действат последователно. Лошият Аз се проектира навън /проекция/ и се помества в обекта /идентификация/. Но тази идентификация е вторична, тя възниква след разцепването и проекцията на частичния обект.

В клиниката проективната идентификация може да създаде много ефективен защитен механизъм, който успокоява тревогата и поддържа дистанция по отношение на деструктивните нагони и резултатите от тяхното действие.

Този механизъм преобладава при психозите, но например описаната от М. Клайн „физиологична психоза“ при бебето, показва, че всички структури „познават“ този механизъм и могат да го включат в набора от защитни механизми. Кое е важно: именно другият бива идентифициран с непозната или неприемлива част от себе си, а не интроецирания обект. Т.е. обектът е разцепен, Аз-ът е разцепен.

В книгата си „Аутизъм и детска психоза“ Франсис Тъстин [7] разделя 4 типа аутистично функциониране, като четвъртият тип „Регривен вторичен аутизъм“ диференцира детската психоза. Една от особеностите, които Тъстин посочва е прекомерната употреба на проективната идентификация:

„Проективната идентификация става прекомерна и разпръсква телесни части във външни обекти. Това, разбира се е самозаблуда. Целта е:

а/ намаляване на последиците от телесната разделеност;

б/ облекчаване на „дупката“ чрез вид депресия;

в/ чувство, че телесните части са държани някъде. Резултатът е:

г/ храненето и разграничаващата рецепция на стимулите са затруднени от разпръскването на тялото на малки части;

д/ фрагментация на обекта и на Аз-а;

е/ регривията и влошаването са неизбежни“ [7]

### Депресивната тревога

Описана е поотделно от Р.Шпиц и М.Клайн – това е страхът изпитван от цялостния Аз от загубата на обекта, възприеман като цял. Депресивната тревога е свързана със загубата на оралния обект и първата тревога от вина, но вината няма нищо общо с едиповото чувство на вина, включващо въпроса за кастрацията и интроекцията на Свръхза-а. Тревогата е от вината, че си разрушил, унищожил, нанесъл щети на обичания обект.

Тук се срещахме с клинични феномени като анаклитичната депресия /Рене Шпиц/, сепарационна тревога /Дж. Боулби/ [9]. Трябва да помним, че тези два феномена са свързани с депресивната тревога – т.е. вече е била изградена връзка с обекта и е достигната определена степен на зрялост в преживяването на цялостност по отношение на Аз-а и на обекта.

### Аналната тревога

Това е първият вид смесена тревога, свързана едновременно с нагона, забраната и риска от загуба на обекта. Тя има четири аспекта:

- Реакция на родителските предписания и забрани в момента на възпитаване на сфинктерната континенция /управляване на задържането и отделянето/ с въвеждане на периоди, които се съчетават с фазите на разрешено или предписано удоволствие /„достави сега удоволствие на мен, достави удоволствие и на себе си“/ и на предписаното управление /„сега и тук може, сега и тук не може“/

- Колебанието между активност и пасивност – всеки един от тези два аспекта може да бъде преживяван като опасен.

- Страх от анално разделяне и страх от нахлуване в другия, неговото разрушаване, неговото замърсяване. Този страх, толкова жив, често се продуцира в момента на разделяне на нагоните и открива агресивност, която не е свързана с либидото. Тази действена агресивност влече след себе си проективния страх от отмъщение от страна на другия.

- Страх от загуба на аналния обект, явяващ се или невяващ се част от собственото Аз /фекалната маса често служи на една много инвестирана автоеротична игра/, част от тялото, отделянето на която образува архаичния прототип на кастрацията и може да бъде наистина опасна. Много материални обекти /игралки, колекции/, а така също това, което се произвежда от тялото /нокти, косми/, притежават смисъла на аналния обект, който трябва да бъде съхранен на всяка цена и по отношение, на който съществува едновременно и страх и желание да бъде увреден, разрушен.

Защитите от анален тип се срещат най-често при деца в псевдо-психотичен статус:

- проекция; отричане на реалността вербално или с действия; изолация на афектите, интелектуализация, овладяване /завладяване/ с помощта на мислите, погледа; анулиране;

- всички прояви на магическото мислене. Всички защити служат на целта: възстановяване на всемогъществото.

Към тях могат да бъдат добавени по-малко ментализирани защити от поведенческият регистър, такива като моторна затормозеност /обусловена от страх от агресивност/ или нейната противоположност – ажитираността, компулсията към разрушение или проверка на целостта на материалните обекти.

### Значение на страха като симптом в детската клиника

В детската клиника симптомът няма диагностично значение самостоятелно, единствено и изолирано от ситуацията в живота на детето – семейството, детската градина/училището. Не можем да сложим знак на равенство между симптом и разстройство:

Например: страх не е = страхова невроза; страх не е = фобия

Ще предложа някои разграничения между аутистични и психотични страхове, които могат да ни дадат отправни точки за да мислим за психичното функциониране на детето.

#### Аутистични страхове:

Вътрешният свят е белязан от слепеност /адхезивност/ в смисъла на Естер Бик [1] и това води до невъзможен достъп до стабилизирана, автентична интересубективност. Свят в две измерения, липсва третото – дълбочина.

Страховете не се отнасят до ДРУГИЯ, защото мястото на другия не е конструирано. Страховете се изграждат върху провала в процеса на интересубективност, това е провал в изграждането на чувство за себе си, усещания и възприятия за собствената личност. Те са свързани с провал в изграждането на психичната обвивка /Д.Анзьо, Е.Бик, Узел/ [9]. Отворите по тялото или липсват или са прекалено много. Дупките върху тялото не са ерогенизирани, те нямат тази функция да се отварят и затварят. Тялото не е събрано в едно цяло, органите и съответно усещанията, които идват от тях не са разположени във вътрешното пространство. Стимулите, които идват отвън не са локализирани отвън, защото няма формирано преживяване на вън и вътре.

Оттук и страховете са примитивни, катастрофални, страхове от:

- втечняване, изтичане, изпраждане, падане безкрай, пропадане без дъно, разваряне. Липсва удържащата функция, както отвън, така и отвътре. Няма страхове от разпокъсаност, защото още няма СЕБЕ си и АЗ.

Аутистичните страхове са включени в първичните процеси<sup>1</sup> и те могат да бъдат активирани при всички хора. В моменти на силни атаки върху психичните преживявания, върху психичната цялост всеки – дете или възрастен може да има такива страхове. Например, високата температура води до преживявания на дезинтеграция на телесната цялост. Мъченията, изтезанията са фактор, който може да породи такива страхове. Събития с висок стресов ефект – смърт и загуба на близки хора в личен, вътрешен план, природни бедствия и катастрофи в социален, външен план също са предпоставка за подобни преживявания.

Това илюстрира съществуването на „аутистични ядра“ в психичното функциониране на всички психични структури.

Според Пиер Делион [2] формата на трансфер, която характеризира децата аутисти е „адхезивния трансфер“. Тези деца изграждат света си чрез механизма на адхезивната идентификация, описана от Доналд Мелцер/ [6] , която в развитието на

---

<sup>1</sup> Първичен процес /пп/ на равнището на топиката: ПП характеризира системата на Несъзнаваното; на равнището на икономико-динамичната: в ПП енергията тече свободно, преминавайки от една представа в друга чрез механизмите на изместване и съгъстяване. Тя се стреми да реинвестира напълно представите, свързани с изживявания на задоволство, които съставляват желанието /примитивна халюцинация/. Фройд развива този концепт в „Проект за една научна психология“ 1898 и в „Тълкуване на сънищата“, глава VII /виж стр.369 от Речник по психоанализа, Ж. Лапланш и Ж.Б.Понталис/. Виж повече в „Тълкуване на сънищата“, стр.527, изд. Евразия 1997.

бебето и малкото дете първо е нормална и впоследствие става патологична. Тези психични процеси отговарят отчасти на нуждата, в която тези деца живеят: да се справят с примитивните и архаични страхове. Те са описани от Д. Уиникът в статията му „Страхът от разпадане“ като „примитивни агонии“ [8]:

„Може да се състави списък на примитивните агонии, които изживява невръстното дете (думата тревожност не изразява в достатъчна степен интензитета на тези форми). Ето някои от тях:

1. Връщане към разединено, дезинтегрирано състояние (защита: дезинтеграция)
2. Постоянно пропадане, рухване (защита: самоподдръжка)
3. Загуба на психосоматично единство, провал в настаняването на психичното в телесното (защита: деперсонализация)
4. Загуба на чувството за реалност (защита: разработване/експлоатация на първичния нарцисизъм и прочее)
5. Загуба на способността да се свързва с обекти (защита: аутистични състояния, свързване единствено със собствените интрапсихични явления) ... и така нататък“.

„Когато си в ежедневен контакт с подобни деца, пише Пиер Делион [2, с.37], относително лесно е да разбереш за какви страхове става въпрос: при възникването на всеки такъв страх, детето се вкопчва във вас – с неговото тяло във вашето – и вие ще пазите незаличимите спомени в плътта си под формата на разнообразни белези по кожата, които свидетелстват за моментите, в които вие сте бил спасителната клечка за детето по отношение на страха му, че няма да спре да пада... Тези спомени от трансфера са това, което аз предлагам да наричаме адхезии, които са все белези на специфичната форма на адхезивния трансфер.“ Според същия автор „адхезиите“ са формирания на несъзнаваното на детето, които се изработват в трансфера с даден член на персонала и които посочват нивото на неговите страхове и защити срещу тях, които то изгражда за да оцелява в една враждебна, архаична среда.

### Психотични страхове:

Вътрешният свят е белязан от триизмерност, но липсва четвъртото измерение – времето, както отбелязва Д. Мелтцер [6]. Преминаването от свят с две измерения към свят с три измерения е важно за ориентацията на сензорните потоци<sup>2</sup> /което се проваля при аутистите/. Във вътрешния свят има достъп до интересубективността, която е крехка и хаотична, но позволява страховете да се организират във връзка с един обект, който може да бъде отчетлив и цялостен в различна степен.

Видове страхове от: интрузия /нахлуване, проникване/ на другия, завладяване, похищение, поглъщане от другия, превръщане в нещо. Тези страхове имат и противоположно действие – аз да нахлуя, да похитя, да завладея, да погълна, да превърна. В наблюдението можем да се натъкнем на двойките страхове, например: страх да бъда погълнат и страх да не погълна.

Има конструирана идея за обект /за другия/, има конструирано преживяване за вън и вътре, макар и не съвсем отчетливо, понякога границите се размиват, има конструирана вътрешна субективност, в която можем да се натъкнем на дефекти, например трудност в разграничаването кое е мое преживяване и кое на другия.

Психотичните патологии са по-преработени и се появяват най-често след като езикът се е установил в някаква степен. Архаичните страхове, които преживяват са

<sup>2</sup> Сензорните потоци включват качеството, количеството и анализа на сензорните стимули, които достигат до детето.

по-малко дезорганизиращи, което не означава, че са по-малко тежки. Формираната на несъзнаваното често са нахлуващи, похищаващи, но чрез развиването им, детето открива други по-психизирани средства за разполагане в трансфера: „ще се събудите с кошмар, в който психотичното дете ви преследва, където мислите ви са пленени от това дете, когато вече не сте в директен контакт с него, фантазиите ви по негов адрес са активни и понякога преследващи. Детето е използвало тези механизми на проективна идентификация, за да се бори срещу своите преследващи страхове и така то „атакува и бяга“ от позицията си във вашия психичен апарат, във вътрешността на който то се чувства проектирано и съдържано, на цената на известно психическо страдание на терапевта“ [2, с.37]. Пиер Делион предлага думата „проектили“ за да обобщи тези образувания на несъзнаваното, които психотичното дете използва в трансфера си. Според него този термин се доближава най-много до описаните от У.Бион „странни неща“, „търсеци апарат, способен да ги мисли“ [2, с.34].

Разграничаването между инфантилното психотично и невротично функциониране много често е трудно и изисква сериозно наблюдение. В този смисъл детската хистерия също трябва да бъде много добре анализирана и диференцирана, защото тя често поднася изненади.

Много често в детската хистерия се разиграват симптоми като например: психогенен мутизъм, сомнамбулизъм, псевдоепилептични пристъпи, тикове, които се припокриват със симптоми във функционирането на други структури. За по-диференцирано ориентиране можем да следваме няколко оси при анализ на вътрешния свят: анализираме диференциацията на инстанциите /Аз, То, Свъръхаз/ и обектите, която се случва чрез Едиповата триангулация. Анализираме невротичните и психосоматични симптоми, като държим сметка за постановката им в тялото и чрез тялото в степента, в която „това става видимо или се представя пред другия“. Тялото е инструмент, а не жертва, както при психосоматичните пациенти, според П.Ракаме [9].

Но детската хистерия може да има и други функции: защита срещу оралността и психозата. Тя може да бъде фалшива невротична манифестация на конформизма на фалшивия Аз, според Д. Уиникът [9].

Детската хистерия много често е маска и нейния генитален характер може да бъде твърде съмнителен: отношенията към другия, или по-скоро към другите се еротизират по един твърде екстензивен начин без истински избор. Ето защо, Ж.Ж.Люстен в частта „Клиника на детската възраст“ от „Патопсихология – психоаналитичен подход“ [9], предлага детската хистерия да се разглежда като разстройство на идентификацията, което я поставя извън строгите рамки на неврозата и ни заставя да мислим по посока на:

- или депресия /която при някои деца може да стигне до самонараняване и самоубийство/;
- или психопатия /перверзна митомания, която многократно надхвърля обичайния и нормален „семеен роман“/;
- или в някои случаи препраща към предпсихотична структура
- Многобройни страхове или приличащи на фобии прояви се намират извън невротичната област:
  - Ще започнем с „тревогата на 8-ия месец“, която може да се разглежда като страх от загуба на майката, страх, който е преместен към непознатото лице и е трансформиран в „страх от непознати“;
  - Нощните кошмари, които са свързани с преживяване на ужас и демонстрират затруднения в управляването на нагоните. Този вид нощни кошмари се различават от

„страшните сънища“. Детето, като че ли не е събудено, въпреки че е с отворени очи, крещи, плаче или говори несвързано.

И в двата случая липсва по един елемент от фобията: или тревогата пред забраната на гениталния нагон, или преместването. Откриваме псевдофобии от психотичен или предпсихотичен характер, свързани с овладяване на страховете от разпад и телесна трансформация, от нахлуване на другия.

Много разпространените „училищни фобии“, могат да бъдат разположени на двата полюса на патологията. Те могат да бъдат защита срещу тревогата на родителите да видят детето си да се отделя и индивидуализира, да избира друг модел за идентификация. В този случай симптомът се използва от детето за да удовлетвори регресивни потребности – да се откажеш „да можеш“ лесно се превръща в обект на сделка, когато става въпрос за родителите. Този вид фобия се съпровожда с интелектуални инхибиции.

И обратното: училищната фобия може да изразява много архаична тревога и да демонстрира едно психотично развитие /например по посока на параноялни идеи – за отношение, за преследване, за увреждане/.

Частични фобии, свързани със страховата хистерия се появяват в Едиповата фаза и представляват „инструмент за разграничаване на частите на пасивните генитални нагони, които Аз-ът не е могъл да удържи“ [9, с.359]. Те изпълняват функция на защита на добрия образ на родителя и пасивното любовно отношение към него, след разцепването и проекцията на агресивността върху фобийния обект.

### **В терапевтичната практика**

При децата винаги се среща съпоставяне на различни видове страх и присъствието на един вид страх, даже много архаичен, още нищо означава. Всички нормални деца използват разцепването и проекцията, често срещан е и депресивния страх. Само изследването на страховете на равнище психична структура може да прецизира значението на даден страх за функционирането.

За това ни служи събирането на клиничен материал от:

- наблюдението – на поведението на детето; на играта;
- интервюирането на родители, събирането на прецизна анамнеза, събиране на наблюдения от педагози и други специалисти, от самото дете;
- материал даден от детето по време на сесия – рисунки, пластични обекти и други

### **Какви са нашите трудности по отношение на работата с деца от аутистичния спектър?**

Всяка аутистична организация се случва в междинното пространство на първични, биологични, ендогенни фактори, част от които са генетични. Те формират тази предразположеност или уязвимост, върху която се наслаждат вторични, външни екзогенни фактори на декомпенсация /в най-широкия смисъл на средата или обкръжението/. Започва един аутизиращ процес, който се развива много бързо и е описан от Хошман /Hochman/ [5]. Идеята на Хошман е, че аутистичният процес не е равен на аутизъм, че той е пластичен и по време на този процес може да се интервенира за да се редуцират или преодолееят напълно последиците за субекта [5].

Описаните от Лео Канер три главни групи симптоми, характеризиращи аутистичното състояние: социалното отдръпване, смущенията в говора и стереотипите, позволяват доста различни пациенти да бъдат групирани под етикета на аутизма.

Какво е състоянието в основните, приети международни класификации днес:

**Таблица 1. Сравнение на съвременните диагностични класификации МКБ 10 и ДСН IV**

<b>МКБ-10</b>	<b>DSM-IV</b>
<b>Генерализирани разстройства в развитието</b>	<b>Первазивни разстройства на развитието</b>
F 84.0 Детски аутизъм	299.00 Аутизъм
F 84.1 Атипичен аутизъм	299.80 Первазивни разстройства на развитието, неуточнени
F 84.2 Синдром на Rett	299.80 Разстройство на Рет
F 84.3 Друго дезинтегративно разстройство в детството	299.10 Дезинтегративно разстройство в детството
F84.4 Хиперактивно разстройство, съчетано с умствено изоставане и стереотипни движения	
F 84.5 Синдром на Asperger	299.80 Разстройство на Аспергер
F84.8 Други генерализирани разстройства в развитието	
F84.9 Генерализирано разстройство в развитието, неуточнено	299.80 Первазивни разстройства на развитието, неуточнени

В диагнозата ГРП, според Ив Манела [5], под едно название са поставени различни патологии:

- по своите симптоми,
- видове защита,
- подходящи методи на лечение,
- еволюция.

Това е нестабилна диагноза, която се разпада и може да доведе до различен изход за развитието на личността на детето, прогнозирането е затруднено, както и препоръката за терапия и рехабилитация.

При разстройствата от т.нар. аутистичен спектър са засегнати всички сфери на психичния живот: емоционален, когнитивен, социален, което поставя пред специалистите от един мултидисциплинарен екип задачата, най-напред да установят всички трудности на детето и да разграничат тяхното специфично проявление. Това не е задача, която можем да разположим и да ограничим с времеви интервал. Това е задача, която ще съпътства работата на специалистите от трите основни стълба – възпитателен, педагогически, терапевтичен. Съвсем конкретно, това е задачата да преведем диагнозата ГРП, атипичен аутизъм и т.н. на един описателен език, използвайки наблюдението, описвайки интеракциите, опитите за интеракция и последиците от тях. Част от това описание ще включи и анализ на страховете и тревогата на детето, разсъждения върху спецификата и функциите им.

Това е първата голяма крачка, която ще ни отвори пространство за мислене върху проблема на всяко конкретно дете, върху неговата ситуация в живота, включвайки неговото начало и изминат път.

Това е и първата крачка към диференциране не на диагнозата, която е поставена, а на психичната структура и психичното функциониране.



**Литература**

1. Bick E., The Experience of the Skin in Early Object-Relations (1968) International Journal of Psycho-Analysis, 49:484-486, <http://www.pcp-web.org>.
2. Delion P., Intérêt Clinique (et politique) du concept de psychose infantile, Autisme et psychoses infantiles, Psychiatrie Française, vol.XXXXV 4/14.
3. Golse B., Psychose infantile... dites-vous! Autisme et psychoses infantiles, Psychiatrie Française, vol.XXXXV 4/14.
4. Klein M., Some Theoretical Conclusions Regarding the Emotional Life of the Infant in Developments in Psycho-Analysis, Hogarth Press, London 1973.
5. Manela Y. Le traitement spécifique des psychoses infantiles, Psychiatrie Française, vol.XXXXV 4/14.
6. Meltzer D., Adhesive Identification, Contemporary Psychoanalysis, 1975, 11:3, (289-310) <http://www.pcp-web.org>
7. Tusten F., Autism and Childhood Psychosis, стр.96-101, [www.questia.com](http://www.questia.com).
8. Winnicott D., Fear of Breakdown, (1974). International Review of Psycho-Analysis, 1:103-107, p.104
9. Ж. Бержере, ред., Патопсихология-психоаналитическият подход, изд. Аспект-пресс, 2008.
10. Фройд З. Разчленение на психологическата личност“ /лекция XXXI от „Продължение на лекциите за въведение в психоанализата“/ с.413 във Въведение в психоанализата, изд. Наука и изкуство, София, 1990.
11. Шпиц Р., Психоанализ ранного детского возраста, Университетская книга, Москва 2001.