

staff and volunteers as to how to provide these special categories of people with help, what tasks should be set in terms of psychological rehabilitation, which methods should be used to resolve these problems taking into account the lack of specialists, resources, time for individual and group psychological work. It is referred to the priority of self- and also mutual help aimed at normalizing mental state, correction of disorders caused by stress, recovery of capacity for productive activity, interaction with other people, forming realistic plans for the future, the formation of children's qualities and abilities that will be needed in the future: the formation of tolerant attitude towards different views; assertiveness as the ability to assert one's rights and interests without appealing to violence; the ability for intercultural dialogue, collaboration, overcoming aggressive egoism, indifference to surrounding people; the ability to differentiate attempts to manipulate people by means of cunning, bluff or bribery and stand against them as a matter of principle. The seven-year experience of research and practice center "Children of Chernobyl" at the Institute of Psychology named after H. S. Hnatiuk has demonstratively shown that the best therapeutic results are obtained not after diagnostic work (it should not be neglected, but it is not reasonable to spend too much time on it), not after work which helps to reproduce the events of the past (using drawings, talks about the past or playing "war") but as a result of children's creative activities aimed at the future, which change the standpoint of a victim into the active attitude, they transform "a victim" into "a saver".

Keywords: refugees, the principles of comprehensiveness, a differentiated approach, acceptability of methods of intervention.

Подано до редакції 08.09.2014

УДК: 616.37-008.64

О. С. Ануфриева

ПСИХОСОМАТОЗ: СОПРОВОЖДЕНИЕ ПОГРАНИЧНОЙ ЛИЧНОСТИ

В статье освещен подход и опыт коррекционной работы с подростками, имеющими психосоматические заболевания и пограничную организацию личности.

Ключевые слова: психосоматоз, пограничная организация личности, психологическая коррекция.

Актуальность данной статьи состоит в том, что процент психосоматических заболеваний возрастает среди детей с каждым годом и важной задачей является оказание психологической поддержки.

DSM-III-R (диагностический и статистический справочник по психиатрии) создавали как промежуточную систему, призванную возместить некоторые недостатки предшествующего справочника. В нем к основным категориям, которые влияют на соматическое состояние человека, относятся психологические факторы.

Сегодня большая часть населения, в том числе и многие специалисты, как не склонны учитывать этот фактор, так и недооценивают благотворное влияние различных психотерапевтических подходов.

Психосоматика в широком смысле обозначает подход к объяснению болезней, где особое внимание уделяется роли психических факторов в возникновении и течении соматических заболеваний, где удаётся обнаружить влияние психических факторов на формирование болезненного состояния, синдромов или симптомов.

В более узком смысле психосоматика – направление в современной медицине, возникшее на основе психоаналитически ориентированных представлений о взаимосвязи психического и соматического.

В данной работе акцент на психотерапию с психосоматическими заболеваниями в некотором

смысле сделан глазами психоанализа, но не в смысле психоаналитической техники, а в смысле того, что психоанализ является глубинной психологией и психодинамическим направлением.

Цель – обозначить влияние психических и социокультурных факторов на развитие таких заболеваний, а также нахождение путей и способов, облегчающих такие состояния.

Психосоматозы – психосоматические болезни в более узком смысле. В их основе – первичная телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологически устанавливаемыми изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор органа. Заболевания, связанные с органическими изменениями, принято называть истинными психосоматическими болезнями или психосоматозами.

Первоначально выделяли 7 психосоматозов («holy seven»): бронхиальная астма, язвенный колит, эссенциальная гипертония, нейродермит, ревматоидный артрит, язва двенадцатиперстной кишки, гипертиреоз. Позже этот список расширился – к психосоматическим расстройствам относят рак, инфекционные и другие заболевания [1].

Теорий и моделей возникновения психосоматических расстройств много и первые теории обозначались еще с 17 века. Наиболее значительными моделями являются:

– Конверсионная модель З. Фрейда как исследование истерии, если не перерабатывается психически, то страдает наиболее уязвимый «участок».

1) – Концепция де- и ресоматизации М. Шура как регрессия к примитивному, детскому способу аффективного реагирования.

2) – Модель отказа от веры в будущее Энгеля и Шмале (Engel, Schmale, 1967) – иммунная проблема, не было контакта с внешним миром через руки матери. Отрицание с обесцениванием, нельзя опереться на прошлый опыт.

3) – Модель исходного нарушения М.Баллинга — психосоматическое состояние стабильно только при наличии рядом другого для обеспечения целостности. У себя постоянно давит ярость и агрессию из-за боязни спровоцировать разрыв.

4) – Модель ЭГО-идентичности Д. Макдуга – дефект ЭГО-идентичности, недостаток целостности Я, под угрозой архаичных страхов быть поглощенным, не хватает телесных границ, отсюда – стрессовые ситуации. События переживаются на уровне тела.

5) – Теория потери объекта Фрейерберга – состояния, при которых страх потери объекта (болезнь близких, потери работы) – воспринимается как потеря себя.

6) – Модель «за свое тело» Питера-Кутера – дефицит либидоносного катексиса в телесное Self. Каждый человек в процессе своего развития должен овладеть своим телом. Мать может как способствовать овладению тела, так и мешать. То есть вредна как сверхзабота, так и незабота.

7) – Модель алекситимии – «склероз» вербального выражения, мышление приклеено к реальным событиям, с трудом развивает перенос в терапии, неспособность рефлексировать эмоциональное состояние. Гиперопекающая мать не дает испытывать раздражение ребенку, отсюда он не научается испытывать чувства и их выражать.

8) Все теории и модели на практике взаимодополняющие.

Психика и соматика – две стороны единого процесса, и если возникло психосоматическое заболевание, то процесс между двумя составляющими разорван – наступила некоторая рассогласованность. При возникновении психосоматоза учитываются составляющие – конституциональная предрасположенность, наличие базового конфликта и стресса, за которыми стоят аффективные состояния.

Объектом наблюдения являются дети с сахарным диабетом. Помимо качественных изменений всех сфер развития подростковой параллельно присутствует повышенная потребность в медикаментах. Для больных диабетом становится нормальным образ жизни с жесткими ограничениями, постоянное измерение уровня глюкозы в крови и зависимость от инъекций инсулина.

В психологическом аспекте у таких подростков, с одной стороны, демонстрируется растущее стремление к независимости, попытке игнорировать заболевание, с другой, возникают новые стрессовые факторы (в виде

подготовки к поступлению в ВУЗы, экзаменов, межличностных отношений и др.).

Из анализа психотерапевтической помощи подросткам с психосоматическими заболеваниями следует, что в большинстве случаев присутствует пограничная организация личности.

При пограничной организации личности нарушена интеграция идентичности, существует неспособность к объектным отношениям. Применяются защитные механизмы, в основном примитивные, но при этом такие пациенты тестируют реальность.

По поводу этиологии пограничной психопатологии в разной литературе, посвященной этой теме, как внутри психоаналитической традиции, так и вне ее, обнаруживается расхождение мнений профессионалов. Некоторые исследователи (М. Stone, 1977) подчеркивали только конституциональную и неврологическую предрасположенность. Другие (Masterson, 1972, 1976; G. Adler, 1985) видели фокус проблемы в нарушениях развития, особенно на стадии сепарации-индивидуации, описанной Малер (Mahler, 1971). Третьи (Kernberg, 1975) сделали предположение об отклонении от нормы в отношениях родители-ребенок на ранней стадии детского развития. Некоторые (Mandelbaum, 1977; Rinsley, 1982) указывали на плохое определение границ между членами дисфункциональных семейных систем. [3]

Какова бы ни была этиология пограничной организации личности, практики различных направлений достигли согласия относительно клинических проявлений проблем в пограничном диапазоне.[4].

А этиология лишь указывает на приверженность к какой-либо школе.

Один из подходов в работе с пограничной организацией, по классификации В.Райха, констатирует деление состояния на невроз симптоматический и невроз характера. Симптоматический невроз – бессознательный инфантильный конфликт, который был когда-то вытеснен и по мере взросления стал активизироваться и решается только инфантильными способами.

При работе с такими подростками идет понимание того, что в детстве реагировать так было нормально, но сейчас не совсем правильно, но тем не менее подросток набирает еще больше проблем, чем их решает. И, как правило, выплеском является истерическая реакция. Свой симптом воспринимает как чуждый, с психологом сотрудничает и, как правило, в такой ситуации эмоциональное переживание связывается с интеллектуальным пониманием и процесс выхода из ситуации в основном благоприятный. Подросток объединяется с психологом против своей проблемы.

Невроз характера в отличие от симптоматического вялотекущий, и проблемы характера тяжелее, и порой проблема может растягиваться на протяжении всей жизни. Клиент уверен, что его решение проблемы правильное, и попытка со стороны психолога тронуть эту проблему воспринимается как нападение на него самого.

Психолог воспринимается либо как полностью плохой, либо как полностью хороший.

Пограничная личность, как подчеркивает М.Баллинт, воспринимает объект комфортным, а безобидное пространство угрожающим, и, как следствие, в поведении наблюдается постоянная прилипчивость к объекту, а если его нет, то состояние постоянного дискомфорта – присутствие базисного дефекта.

Либо, наоборот, пространство воспринимается как комфортное, а любой объект вызывает тревогу и раздражение.

Такие состояния особенно демонстрируются во временных коллективах вдали от привычной обстановки.

Психическое развитие ребенка зависит не только от его морфо-генетических особенностей, но и от воспитывающего окружения, которое в значительной степени создается родителями и предшествующими поколениями семьи. Актуальными проблемами является отсутствие единственной стратегии, последовательности воспитания детей, непонимания самой ценности и уникальности каждого ребенка, неспособность родителей прогнозировать последствия воспитания.

У травмированных родителей дети демонстрируют уровень пограничной психической организации. Родители могут демонстрировать как неадекватные реакции, неготовность принять аффекты ребенка со своей неконтролируемой тревогой, так и склонны к чрезмерным требованиям.

Противоположностью интеграции является неудача интеграции, или дезинтеграция, расщепление цельности. Это непереносимо. Это одна из основных немислимых форм тревоги, а предотвратить ее может обычная забота, которую почти все дети получают от взрослых [6].

Отсюда присутствуют проблемы у детей с идентичностью. Да, в подростковом диапазоне идет еще становление самости, но как обогащение, а не дополнительная фрустрированность от «кто Я», «где Я».

У пограничного подростка нет последовательности, больше противоречий. Им сложно описать себя и близких. Они расщепляют объект и в одном дают два полюса, фразы порой не сочетающиеся друг с другом. И обычно происходит прорыв агрессивности, когда сталкиваются со своим же внутренним амбивалентным состоянием.

Теоретически в психической реальности существует достаточное отделение Я-образов от Объект-образов, для того, чтобы была возможность установить границы Я. У пограничных нет интеграции, все Я- и Объект-образы хаотичны, разрознены и противоречивы. Слабость ЭГО, снижение способности переносить тревогу и контролировать свои импульсы. [2]

Да, возможно, уже повзрослевший ребенок сможет себя во взрослой жизни на чем-то сконцентрировать, но это будет «коLOSS на глиняных ногах», базовые вещи будут отсутствовать.

В обыденной жизни пограничных личностей тип поведения характеризуется чередой разочарований, из-за быстрого сближения – пугаются – рвут отношения и снова запускают отношения с тем же человеком, или уже появляется другой. Все процессы в объект-отношениях очень нужны, без них жить данные лица не могут. Демонстрация такого поведения подчеркивает острую потребность в сепарации, потребность в объекте и невозможность построить отношения.

Внешне тип таких подростков, в данном случае, с психосоматическим заболеванием, как правило, очень строго следящий за своим телом, его функциями. Это – его защита от собственной аутоагрессии. Он сам для себя оказывается наблюдающей, оберегающей матерью. Как мать в детстве заботилась о нем, так он и сам относится к себе. Часто бывает очень мнительным, склонен «печься о своем здоровье», ранимый и при неблагоприятных ситуациях проявляет робость. В то же время, эмоционально холоден, так же, как была холодна его мать, которая «прививала» ребенку свои собственные психические проблемы и защиты. Ориентация – на жизненный успех. Часто присутствуют признаки алекситимии – лица не способны выразить свои переживания и понять чувства другого. У них мало способностей свободно фантазировать. Трудности со свободным говорением, они просят задавать им вопросы, давать темы. Сам такой человек немногословен, для них характерно одно и то же слово употреблять во многих смыслах. Все время говорит о чем-то внешнем, постороннем, например, рассказывает о своей учебе.

Такой подросток приходит к психологу с каким-то манифестированным симптомом, но на самом деле приходит за поддержкой, а не за решением проблем. И стратегия встречи выстраивается таким образом: не стараемся «лечить» его симптом, а стараемся дать ему возможность развивать свое «Я». А для него – это единственное средство коммуникации, средство почувствовать себя.

Психотерапия – не столько лечение болезни, сколько процесс взаимодействия двух личностей – психолога и клиента. Обращаясь за психологической помощью, подросток «цепляется» за соматическую сторону своей проблемы. Он хочет быть убежден в органической природе своей болезни. Симптом при этом важно уважать. Нужно только подчеркнуть связь, представить ему симптом, как вытекающий из особенностей его личности, а не как болезнь («подцепленную заразу»). Для такого клиента быть соматическим больным – значит гарантировать себе принятие и заботу, а быть психически больным – страх отвержения. Симптом, на который он жалуется, нужно понять, как его просьбу об эмоциональной поддержке. Эта попытка притушить свои эмоции как способ сохранить свою целостность для себя (сохраню самоуважение, чтобы не снизить свою самооценку) или защититься от болезненных переживаний.

В медицинских реабилитационных клиниках психосоматическим больным предлагают антистрессовые и поведенческие психотерапевтические методики, коррекцию внутриличностной картины через символдрамму, арт-терапевтические методики, личностно-ориентированные с использованием техник групповой дискуссии.

В рамках нашего центра актуальным представляется разработка программ психологической поддержки в виде профилактики, и, по возможности, коррекции.

Применяется в работе с группой художественное творчество в виде арт-терапии, что затрагивает физическую, эмоциональную, когнитивную и поведенческую сферы личности.

Задачи, которые ставятся, это:

- установление контакта с подростком, адаптация к условиям центра;
- помощь выразить словами свои мысли и переживания, тем самым уменьшить влияние симптома;
- адаптация к новым жизненным условиям, изменение стиля жизни, осознание своих возможностей и способов их реализации;

Использовалась арт-терапевтическая техника «Мандала». Она представляет собой простой, быстрый и эффективный способ фокусировки детей на своем внутреннем состоянии, когда-то швейцарский психолог К.Г. Юнг стал использовать мандалы в качестве инструмента для исследования собственной личности. Позднее он предложил рисовать мандалы и своим пациентам, где обнаружил, что каждый рисунок отражает внутреннюю жизнь человека на данный момент. В конце концов пришёл к выводу, что метод мандалы — это путь к самому центру нашей личности, к открытию уникальной индивидуальности каждого.

Занятия с подростками проводились как в большой группе – 25 человек, так и в малой группе, включавшей до 6 человек. Возраст участников групповых занятий варьировался от 12 до 15 лет. Для участия в занятиях дети подбирались совместно с врачом-эндокринологом. В малую группу вошли подростки с симптоматическим неврозом, которые были готовы к сотрудничеству с психотерапевтом. У них отмечались расстройства чувств, поведения, что отражалось в погрешностях режима питания. В отношениях со сверстниками готовы были пойти на компромисс.

Важную роль при работе с внутренней картиной болезни и здоровья играло привлечение визуальных символов и метафор.

Техника перевода символов – это прямая дорога к пониманию, или, точнее, способ перейти от высших слоев сознания к низшим слоям бессознательного, не задерживаясь на промежуточных слоях предшествующей активности Я [5].

Язык метафор близок и понятен детям и подросткам. Он способствовал смягчению остроты переживаний, обеспечивал перевод информации с бессознательного на более осознанный уровень,

расширяя возможности осмысления и когнитивной переработки, придавая процессу игровой характер. С одной стороны, метафора выполняла функцию защиты, с другой – помогала раскрыть глубинные переживания.

Описаны два занятия, посвященные прояснению и коррекции внутренней картины болезни (включая картину здоровья). Во время первого занятия на данную тему подростки создавали рисунок под названием «Моя болезнь». При этом, с одной стороны, они выражали свои чувства и представления, связанные с болезнью, с другой стороны, желание внутреннего разождествления с болезнью и, тем самым, снятие остроты негативных переживаний. По возможности приветствовалось представить более отстраненную оценку ситуации болезни.

После создания рисунков происходило их представление и обсуждение в группе. При этом участники занятия описывали рисунок и связанные с ним чувства и представления. Описывали свое отношение к болезни.

Второе занятие было посвящено созданию рисунка на тему «Я здоровый». Данная работа являлась продолжением предыдущего занятия. Если на предыдущем занятии ребята создавали образ болезни и отвечали на главный вопрос «Как выглядит моя болезнь?», то в рамках второго – главным был вопрос «Какой я здоровый?». В ходе этого занятия были заданы вопросы: «Что мне нужно изменить в себе или своей жизни, чтобы чувствовать себя здоровым?».

В завершении серии занятий на тему внутренней картины болезни и здоровья резюмировались их результаты, акцентировалось внимание участников на наиболее важных моментах. Создавались условия для того, чтобы дети не замыкались в своей болезни, были открытыми к новому, могли занимать активную жизненную позицию, иметь оптимистический взгляд на будущее, уметь справляться с трудностями, обладать внутренней силой и быть уверенными в себе.

Во время обсуждения рисунков были представлены такие интерпретации состояния болезни, как «Ощущение, что я болею один из всего мира, я один в космосе...». Но параллельно указано цветом большое содержание таких же больных как он. Присутствует амбивалентность, с одной стороны, огромное понимание масштабности своего заболевания и ощущение полного одиночества от этого, с другой – таких, «как я», много.

У других пациентов желание отождествить себя с болезнью и, таким образом, снизить тревогу. Например, комментарий «Я привыкла к этой болезни и живу также как и раньше», или проявить контроль над болезнью «Квадрат – это болезнь, она не выйдет из рамок».

В более тяжелом состоянии пограничная личность тяжело переносит определенные рамки – это нахождение в данном случае в нашем центре.

Комментарии к рисункам о здоровье: «Свое здоровье ощущаю в природе, потому что природа мне нравится», «Я здоровая, а значит свободная».

Совсем другой подход – от обтекаемого идет конкретизация себя, своего Я. Цвета красок более спокойные. В основном тематика природы как начало зарождающей здоровой части и своего становления как личности.

У ребят более закрытых, имеющих непростые отношения с родительским звеном, много защищающей, оберегающей символики. Преобладает темная цветовая гамма.

Выводы. Анализ бессознательных импульсов и содержательных особенностей рисунков подростков с сахарным диабетом, отражающих внутреннюю картину болезни и здоровья, а также динамику их арт-терапевтической деятельности, позволяет говорить о следующих тенденциях.

- Тесная связь между особенностями визуального оформления внутренней картины болезни и здоровья (в том числе, степенью дифференцированности и детализации изображения, значением цвета и символических форм, скоростью создания рисунка и др.).

- Данные особенности визуального оформления первых рисунков практически у всех отражают острую

реакцию на стресс, с преобладанием депрессивных проявлений. Вторые рисунки отражают более сложную, амбивалентную структуру эмоционального состояния, а также происходящую эмоциональную стабилизацию, что связано как с оказанием подростку психологической помощи, так и активизацией защитных механизмов.

- Можно также отметить важную терапевтическую роль создания рисунков в круге (мандал). Символическая форма мандалы способствовала интеграции нередко противоречивых бессознательных компонентов в рисунках, выражению и закреплению у ребят представлений о собственной внутренней целостности.

Установка в завершении программы была на принятие в своей жизни нового, направлена на то, чтобы подростки могли занимать активную жизненную позицию, иметь оптимистический взгляд на будущее, уметь справляться с трудностями, обладать внутренней силой и быть уверенными в себе.

Многие эксперименты показали, что если поместить ребенка в ту среду, где не принято болеть, где принято, открыто выражать свои чувства и эмоции, болезни уходят, от них не остается и следа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика / И. Г. Малкина-Пых. – М., 2008. – С. 6.
2. Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии / О. Кернберг [пер. с англ.] // Сб. статей. – М., 2000. – С. 8.
3. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в

клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс. – М, 1998. – С. 76.

4. Райх В. Анализ характера / В. Райх [Пер. с англ. Е. Поле]. – М., 2000. – С. 19.

5. Фрейд А. Психология и защитные механизмы / А. Фрейд. – М., 1993. – С. 7.

6. Винникот Д. Маленькие дети и их матери / Д. Винникот [пер. с англ.] // Сб. статей. – М., 1998. – С. 14.

REFERENCES

1. Malkina-Pykh, I. G. (2008). *Psikhosomatika [Psychosomatics]*. Moscow [in Russian].
2. Kernberg, O. (2000). *Tyazhelye lichnostnye rasstroystva: Strategii psikhoterapii [Severe personality disorders: Psychotherapy strategies]*. Moscow [in Russian].
3. Mak-Vilyams, N. (1998). *Psikhoanaliticheskaya diagnostika: Ponimanie struktury lichnosti v klinicheskom protsesse [Psychoanalytical diagnostics: Understanding*

of personality structure in clinical process]. Moscow [in Russian].

4. Raykh, V. (2000). *Analiz kharaktera [Temper analysis]*. Ye. Pole (Trans). Moscow [in Russian].

5. Freyd, A. (1993). *Psikhologiya Ya i zaschitnye mekhanizmy [Self Psychology and defense mechanisms]*. Moscow [in Russian].

6. Vinnikot, D. (1998). *Malenkie deti i ikh materi [Young children and their mothers]*. *Sbornik statey – Collection of works*. Moscow [in Russian].

О. С. Ануфриева

ПСИХОСОМАТОЗ: СУПРОВІД ПОГРАНИЧНОЇ ОСОБИСТОСТІ

У статті висвітлено підхід і досвід корекційної роботи з підлітками, що мають психосоматичні захворювання і пограничну організацію особистості.

Ключові слова: психосоматоз, погранична організація особистості, психологічна корекція.

O. S. Anufrieva

PSYCHOSOMATOSIS: BORDERLINE PERSONALITY'S FOLLOW-UP

The article covers the approach and experience in correctional work with adolescents suffering from psychosomatic diseases and having borderline organization of a personality. The importance of the research is determined by the fact that a number of children's psychosomatic diseases is increasing every year and providing psychological support becomes an importance task. The research was aimed at investigating children with diabetes; the

art and therapeutic technique “Mandala” was used. It is an easy, quick and effective way of children’s focusing on their inner condition. The classes were given for large groups (consisting of 25 people) and small groups (consisting of up to 6 people). The participants were aged from 12 to 15 years old. The analysis of unconscious impulses and content peculiarities of these children’s drawings reflecting inner image of diseases and health and dynamics of their art and therapeutic activities allows us to trace the following tendencies. The connection between peculiarities of visual formalization of inner image of diseases and health (including the level of differentiation and detalization of a drawing, the meaning of color and symbolic forms, etc.) is close. These peculiarities of visual formalization of first drawings mostly reflect acute response to stress with domination of depressive manifestations. The second drawings reflect more complicated ambivalent structure of the emotional state as well as emotional stabilization which is connected with providing psychological aid for adolescents and activation of defense mechanisms. One can also note the important therapeutic role of drawing in a circle (mandala). Symbolic form of a mandala contributed to integration of sometimes contradictory unconscious components in drawings, expression and strengthening children’s knowledge about inner integrity. The final stage of the program was aimed at accepting new things in children’s lives in order to enable them to have a proactive approach to life, an optimistic view of the future, to be able to overcome difficulties, to feel sure of themselves.

Keywords: psychosomatosis, borderline organization of a personality, psychological correction.

Подано до редакції 08.09.2014
