

ТЕЛЕСНЫЙ ОБРАЗ «Я» И ЕГО ГРАНИЦЫ У БОЛЬНЫХ С АТИПИЧНЫМИ ДЕРМАТИТАМИ. СООБЩЕНИЕ 2

А.В. Штрахова, А.Р. Харисова

Представлены программа и результаты клинико-психологического исследования больных кожными заболеваниями, выполненного в русле психодинамического подхода в психосоматике. В сравнительном исследовании пациентов с психосоматическим и классическим вариантами таких заболеваний (на примере больных нейродермитом и псориазом соответственно) изучались проявления «барьерности» либо «проницаемости» границ телесного образа «Я», в их связи с особенностями интрапсихических характеристик (спектра и напряженности психологических защит, соотношения гуман-функций) и самооценки особенностей семейного функционирования больных. Выявлены существенные различия в клинико-психологическом статусе пациентов, объясняющие психосоматическую природу развития нейродермита. Такие пациенты доказательно отличаются сниженным эмоциональным фоном, большей тревожностью, закрытостью, пассивностью, ограничениями в контактах. Полученные данные подтверждают гипотезу о повышенной проницаемости и чувствительности границы телесного образа «Я», вынуждающей их отгораживаться и защищаться от внешних воздействий. Результаты проективных методик у больных нейродермитом свидетельствуют о несформированности и неустойчивости границ их телесного образа «Я», более неблагоприятном характере их эмоционального самоощущения в семье. Установлено снижение напряженности психологических защит с доминированием защитного механизма отрицания, действие которого направлено на снижение стрессогенного воздействия косметического дефекта путем ограничений общения, пассивности и отстраненности. Кроме того, снижение показателей по шкале «Деструктивное внутреннее Я-отграничение» методики ISTA также подтверждает нарушение (снижение) «проницаемости» границы телесного образа «Я» при нейродермите. В целом недостаточность границ у больных нейродермитом рассматривается как следствие базисного недоразвития личностных структур, тормозящее формирование других интрапсихических образований.

Ключевые слова: нейродермит, психосоматические расстройства, психодинамика, психология телесности, телесный образ «Я», границы телесности.

Настоящая публикация является продолжением ранее представленных результатов теоретического исследования психосоматических аспектов заболеваний кожи (Штрахова, Харисова, 2013). В частности, на примере нейродермита (атопического дерматита) рассмотрены некоторые представления об этиопатогенезе и психологических факторах этого заболевания, сформированные с позиций психодинамического направления современной клинической психологии. Представляется, что именно психодинамический подход к оценке функций кожи, выявление специфического эмоционального конфликта и психодинамических механизмов подавления импульсов сексуальности, тревоги и враждебности позволяет обоснованно рассматривать специфическую роль психофизиологического фактора в поддержании формирующегося при нейродермите «порочного круга», основанного на действии механизмов «десоматизации – ресо-

матизации». Отдельное внимание уделялось концепции телесности А.Ш. Тхостова, позволяющей, в том числе, объяснить особенности формирования телесного образа «Я», его внешних и внутренних границ и их психологических проявлений при различных формах психосоматических расстройств и кожных заболеваниях как одной из их наиболее наглядных моделей, в частности. При этом следует отметить, что в западной клинической психологии давно сложились аналогичного рода подходы в оценке границ образа тела, их степени устойчивости и отчетливости; их «барьерности» либо «проницаемости» («Barrier» and «Penetration» scores) при различных заболеваниях психосоматического генеза. Подчеркнем, что именно кожные заболевания в силу самой нозологической специфики патологии представляют наиболее информативную модель для эмпирического клинико-психологического исследования (Елисе-

ев, Зиганшин, Трегубова, 2012), основанного на принципах психологии телесности.

В соответствии с вышепредставленными положениями было организовано и проведено клинико-эмпирическое исследование, результаты которого представлены в настоящей статье.

Теоретическими основаниями исследования являлись следующие положения:

1. Границы «Я» необходимы для нормального существования и функционирования человека, его контакта с окружающим миром, поскольку они отделяют, защищают человека от окружающей среды и, в то же время, соединяют, обеспечивают взаимодействие между ними. Границы «Я» участвуют в выстраивании схемы тела, позволяют формировать телесные ощущения. При этом выделяются отличающиеся по своим признакам внутренняя и внешняя границы «Я», которые, в частности, являются своеобразными личностными характеристиками и определяют предрасположенность к определенным нозологиям.

2. Дизайн исследования некоторых особенностей границ телесного образа «Я» (например, их формы, плотности, проницаемости) может быть построен с учетом результатов многочисленных классических исследований S. Fisher & S.E. Cleveland (1958) о корреляции характеристик образа тела и степени определенности и отчетливости его границ, осознанности своих внутренних органов с индивидуально-личностными и клинико-психологическими особенностями пациентов с кожными заболеваниями. В целом, эти личностные различия показывали корреляцию высокой отчетливости границ образа тела с лучшей индивидуализацией и более успешной адаптацией. При этом дифференциально-прогностическими критериями являются установленные в этих исследованиях закономерности сочетания высоких показателей по индексу «барьера» и низких – по индексу «проницаемости» у более адаптивных и автономных личностей с высоким уровнем защитных механизмов. При противоположных соотношениях (низкие показатели индекса «барьера» и высокие – «проницаемости») у пациентов отмечается неуверенность в социальных контактах, в репертуаре их защитных механизмов преобладают незрелые (первичные) защиты, а на эмоциогенные стимулы они реагируют в основном изменениями состояния желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы, что предопределяет более высокую вероятность формирования пси-

хосоматических симптомов, локализующихся именно в этих сферах. Как следствие, исследование психологических защит личности поможет устанавливать и характеристики границ телесного образа «Я».

3. С психодинамических позиций кожные заболевания могут рассматриваться не только как пример своеобразного «крика о помощи» в связи с неудовлетворенной потребностью в близком объекте, но и как проявления бессознательного подтверждения потребности в сохранении границ тела, в разграничении между индивидуумом и другим, в сохранении барьера от риска слияния с ним, и как защита от бессознательной фантазии быть поглощенным либо принужденным к этому (Гредновская, 2010).

4. В медико-психолого-социальном плане представляется важным положение о роли семьи в выстраивании человеком границ телесного образа «Я», поскольку психологическая граница формируется в процессе осознания ребенком (иногда и взрослым) своего собственного внутреннего пространства и его отстаивания, преодоления симбиотических отношений. Дизайн исследования некоторых особенностей границ телесного образа «Я» (например, их формы, плотности, проницаемости) может быть построен с учетом результатов выполненного M. Greenhill & J. Finesinger еще в середине XX века и ставшего с тех пор классическим исследования пациентов с атопическим дерматозом. Эти результаты свидетельствуют о большей, чем у классических «соматических» пациентов без дерматологической патологии, вовлеченности в переживания подавляемых ими импульсов враждебности по отношению к своим семьям.

5. Предполагается, что существуют отличительные особенности границ телесного образа «Я» у больных с различными формами кожных заболеваний. При этом сравнительный анализ этих границ должен включать в себя исследование их основных характеристик (плотность, проницаемость, толщина, форма), рассматриваемых с психодинамических позиций и положений концепции психологии телесности. При этом рабочей гипотезой исследования является предположение о том, что у больных нейродермитом как представителей модели психосоматического заболевания границы телесного образа «Я» тонкие, проницаемые, гибкие и слабые, и отличаются от характеристик границ телесного образа «Я» у больных с другими кожными заболеваниями.

Выборку исследования составили 57 пациентов с кожными заболеваниями, находящиеся на стационарном лечении в государственных учреждениях здравоохранения (ГУЗ) «Челябинский областной кожно-венерологический диспансер», «Областной кожно-венерологический диспансер № 5» и «Областной кожно-венерологический диспансер № 3».

Критериями включения пациентов в исследование являлись наличие диагнозов «Атопический дерматит» (код L-20 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра – МКБ-10) и «Псориаз» (код L-40 по МКБ-10). Пациенты с нейродермитом составили экспериментальную выборку численностью $n_1=19$ человек, а пациенты с псориазом – контрольную группу численностью $n_2=38$ пациентов.

Возраст пациентов варьировал от 18 до 60 лет, длительность заболевания составила от 3 до 10 лет.

Клинически пациенты с нейродермитом характеризовались наличием классических для этого заболевания симптомов зуда с типичной их морфологией и локализацией (на лице, шее, в подмышечных впадинах, локтевых и подколенных ямках); хроническим рецидивирующим течением и наличием признаков атопии у больного или его близких родственников. В свою очередь, у пациентов с псориазом наблюдались кожные высыпания в виде папул или бляшек, при соскабливании и удалении которых проявлялась характерная диагностическая триада симптомов (Родионов, 2005): усиливающееся серебристо-белое шелушение (*симптом стеаринового пятна*), гладкая поверхность пятна (*симптом терминальной пленки*) и, в случае дальнейшего соскабливания – появление капелек крови (*симптом кровавой росы*).

Методы и методики исследования представлены психодиагностической батареей, включающей в себя:

1. Клинические (экспертные) методы и методики (психосоматически ориентированная клиническая беседа; проективные методики – тест «Форма тела» и тест «Рисунок семьи в виде геометрических фигур»);

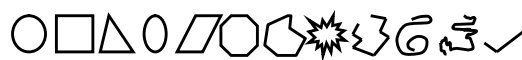
2. Опросниковые методики (опросник «Индекс жизненного стиля» – методика ИЖС; опросник «Я-структурный тест Аммона» – методика ISTA).

Организация и проведение клинико-психологического исследования в психодинамической парадигме психосоматики требует,

на наш взгляд, уточнения контекста понимания получаемых психодиагностических данных.

Психосоматически ориентированная клиническая диагностическая беседа выстраивалась в соответствии с психосоматической парадигмой «Диспозиция – Личность – Ситуация» и была направлена, в первую очередь, на определение психосоматической природы актуального состояния и истории жизни больного. В частности, проводилось выявление временных и понятных пациенту связей между событиями жизни, особенностями личности, реагирования больного, с одной стороны, и появлением у него кожных нарушений, с другой. В беседе устанавливались также особенности условий развития личности пациента в детстве и факторы раннего дизонтогенеза, наличие и характер конфликтов в процессе его социализации, фиксации на них и наличия уязвимости в отношении их и другие принятые в психосоматике приемы и техники беседы и интервью (Бройтигам, 1999). Поведение испытуемых в ходе беседы оценивалось по параметрам открытости, активности или пассивности позиции. Результаты беседы фиксировались в виде сохраняющих индивидуальность больного перечня психосоматических жалоб; описания актуальных и ретроспективных представлений о жизненной ситуации в период появления болезненных переживаний и их характер, связи их с появлением кожных высыпаний; высказываний о периоде детства, юности в контексте этапов психосексуального развития, формирующих представления о личности больного и его заболевании. Формализованные результаты такой клинической беседы в дальнейшем учитывались наряду психодиагностическими данными.

Методика «Форма тела» позволяет на уровне образов исследовать феномен внутренней границы. Стимульный материал представляет собой 13 пронумерованных карточек с изображением геометрических фигур (в том числе и одна карточка без фигуры, обозначенная № 0). Набор учитывает изменения трех признаков фигур: «хорошая» – «плохая» форма, «замкнутость – разомкнутость контура», «сглаженность углов – наличие углов» (см. рисунок).



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Образцы фигур на карточках методики «Форма тела»

Выбор этих признаков обоснован представлениями о существовании следующих важных характеристик границы: ее сформированности, эго-синтонности / эго-дистонности, степени устойчивости, интегрированности, а также качества контакта: проницаемость, целостность границы и стратегия построения контакта с миром (Тхостов, 2002). Процедура исследования заключается в последовательном выборе испытуемым геометрических фигур, основанном на заданном инструкцией принципе приоритета той или иной фигуры, ассоциируемой у него с похожестью на тело, внутри которого находится испытуемый («Выберите фигуру, больше всего похожую на ваше тело, про которую можно сказать, что Вы внутри нее находитесь, как находитесь внутри Вашего тела»). Полученные таким образом иерархии выбранных фигур, расположенных по убыванию их сходства с представлениями о теле, позволяют выделить существенные характеристики тела: от приемлемых (с 1-го по 4-е место в иерархии) до отвергаемых, неприемлемых, пугающих (10–13 места). Содержательная оценка и описание результатов проводились на основании соответствующей системы интерпретации выбранных таким образом фигур (Бескова, Тхостов, 2007). Методика при ее проективном характере имеет удовлетворительные характеристики ретестовой надежности, рассчитанной путем оценки ранговой корреляции между последовательностями выбора фигур на определенной позиции при первичном и повторном исследованиях (значения $r_s = 0,89$ при $p < 0,001$). Проверка надежности-согласованности методом экспертных оценок, основанная на определении корреляции между экспертными оценками геометрических фигур с точки зрения их отношения к характеристикам внутренней границы телесности, дала высокие показатели такой надежности особенно в отношении «репрезентативных» фигур, нормативно выбираемых в начало и конец ряда (Бескова, 2006).

Методика «Рисунок семьи в виде геометрических фигур» выполнялась в классическом варианте. При этом учитывались как собственно проективные данные, полученные на основании экспертной оценки рисунка (общий размер рисунка, состав и размеры фигуры изображенных на нем членов семьи, расстояние между ними, «позитивность/негативность» эмоционального отношения к ним, степень аккуратности исполне-

ния фигур и рисунка в целом и др.), так и полученная от больного вербальная информация по этому рисунку. Полученные данные структурировались для определения плотности и толщины границ «Я» на основании оценки перечисленных выше характеристик рисунка в соответствии с нормативными критериями (Шапарь, 2006)

Структура и напряженность психологических защит личности определялась с помощью известной методики «Опросник ИЖС» (Вассерман, Щелкова, 2003). Методика основана на предположении о взаимосвязи между эмоциональными реакциями, психологическим защитами и личностной диспозицией (предрасположенностью к определенным заболеваниям). С ее помощью можно получить многомерную оценку 8 основных механизмов защиты личности: отрицание, вытеснение, регрессия, компенсация, проекция, замещение, рационализация, реактивное образование (гиперкомпенсация). Методика прошла серьезную клиническую апробацию, обладает хорошими психометрическими данными (Вассерман, Ерышев, Клубова, 2005) и в настоящее время широко применяется в различных областях клинической практики. Результаты по этой методике могут быть представлены «сырыми» данными, которые соотносятся со средненормативными значениями либо преобразуются в процентильные показатели, рассчитанные по достаточно репрезентативной выборке стандартизации, а итоговый суммарный показатель по всем шкалам методики может рассматриваться как своеобразный показатель общей защиты «Я» или «степень напряженности защиты».

Методика «Я-структурный тест Г. Аммона» (ISTA) представляет собой опросник, основанный на психодинамические ориентированной «гуманструктуральной» концепции личности Г. Аммона. Опираясь на свой опыт психоаналитически ориентированного наблюдения (Очерки динамической психиатрии, 2003), Г. Аммон считал возможным изучать центральные (бессознательные по своему характеру) гуман-функции личности («Я-функции») на основании результатов самоотчета (сознательно выносимых самооценок переживаний и поведения в моделируемых опросником ситуациях).

Русскоязычный вариант методики ISTA был адаптирован (включая психометрическую проверку норм методики на русскоязычной выборке) Ю.Я. Тупицыным, В.В. Бочаровым

и др., с проверкой количественных показателей пунктов, их внутренней согласованности, надежности, валидности. Последняя значимо и очевидно указывает на различие между здоровыми и пациентами клинических групп (Тупицын, Бочаров, 1977). Результаты обследования позволяют сделать вывод о структуре и особенностях развития центральных Я-функций на основании балльных и стандартизованных данных по 18 шкалам. Эти шкалы объединены в 6 отдельных блоков, каждый из которых описывает деятельность выделенных Г. Аммоном центральных Я-функций: агрессии (деятельной активности); тревоги/страха; внешнего и внутреннего Я-отграничения (контроля соответственно внешних и внутренних границ «Я»); нарциссизма (степени целостного принятия себя); сексуальности (способности к единению), рассматриваемых в контексте выраженности их конструктивной, деструктивной и дефицитарной составляющих. В методологическом плане является важным положение о том, что «нормальность» гуман-функций должна сопровождаться значимо отрицательной корреляцией «конструктивных» шкал, с одной стороны, с «деструктивными» и «дефицитарными» шкалами, с другой, либо общих показателей «конструктивности» с показателями «деструктивности» и «дефицитарности» соответственно.

Результаты исследования и их анализ

Материалы клинического интервью.

Клиническая беседа, материалы и результаты которой фиксировались в формате слабоструктурированного интервью, позволила оценить и систематизировать жалобы испытуемых и важные в психосоматическом плане анамнестические данные, поведенческие характеристики и клинические материалы.

Важно, что у больных atopическим дерматитом в целом наблюдается более сниженный эмоциональный фон (у 57 % обследованных), а у почти всех больных псориазом (95 % выборки) – положительный эмоциональный фон. Экспертная оценка уровня их тревожности, проводившаяся по трехбалльной шкале, показывает, что у больных atopическим дерматитом он выше (в среднем – 2,2 балла), чем у больных псориазом (среднее значение – 1,3 балла).

Больные atopическим дерматитом жаловались только на шелушение и зуд, в то время как пациенты с псориазом жаловались на высыпания различной локализации, зуд и часто на бессонницу, а также на слабость, боли в суставах в активной фазе процесса и ограни-

чение движений в них из-за образующихся корок на поверхности кожи.

В целом больные псориазом легче шли на контакт, проявляли большую открытость и активность позиции в беседе. Больные atopическим дерматитом чаще занимали пассивную позицию, выглядели отстраненными, невербальные проявления были невыразительны. У них отмечались нарушения экспрессивной стороны коммуникации, проявляющиеся в трудностях при попытках поделиться с окружающими своими чувствами, жизненными трудностями и проблемами, несмотря на желание это сделать. Однако они охотнее, чем больные с псориазом, демонстрировали поражения кожи, при том, что все больные делились переживаниями по поводу внешнего вида («Я похожа на монстра», «Люди отворачиваются, думают, что это заразно»).

В целом следует отметить, что порождаемый болезнью косметический дефект внешности ведет к значительному ограничению общения больных, выступая таким образом в качестве психотравмирующего фактора.

Среди наиболее часто декларируемых больными дерматитом пусковых ситуаций кожного заболевания были конфликты в семье, стрессы, связанные с учебными ситуациями, смерть близких, трудности на работе. В отличие от этого, у больных псориазом среди таких ситуаций преобладали: потеря объекта (*смерть родных, близких, потеря ребенка при родах, «сына забрали в армию»*), пережитый страх (*«авария на дороге»*), проблемы на работе, и, в единичных случаях, – редкие события (*обморожение, злоупотребление наркотиками, тяжелые роды, смена климата и др.*).

По словам больных псориазом, рецидивы болезни провоцирует употребление алкоголя, стрессы, конфликты, а больные atopическим дерматитом отмечали взаимосвязь рецидива с изменением питания.

Таким образом, установленные клиническими методами закрытость, пассивность, снижение интенсивности межличностных контактов больных atopическим дерматитом предположительно могут сопровождаться **повышенной** проницаемостью и чувствительностью границы телесного образа «Я», вынуждающей пациентов отгородиться и защититься от внешних воздействий. При в целом схожей картине клинико-психологических данных отмечается активность больных псориазом, связанная с предположительно **сниженной** чувствительностью и проницаемостью

границ телесного образа «Я» и обуславливающая направленность этой активности на поиск контакта с окружающими.

Результаты исследования по методике «Рисунок семьи в виде геометрических фигур» и их качественный анализ по выделенным критериям позволил выделить наиболее значимые для оценки характеристик границ телесного образа «Я» переменных: наличие или отсутствие контакта, анализ цветовой гаммы и оценка изображенных фигур. Статистический анализ различий проводился по значениям критерия Фишера ϕ^* .

В рисунках больных нейродермитом и псориазом обнаруживается как сходство, так и существенное отличие. Так, почти все рисунки характеризуются отсутствием контакта между фигурами членов семьи (у 84 % больных нейродермитом и 92 % больных псориазом), что указывает на недостаточное эмоциональное благополучие семьи и слабость эмоциональных контактов между ее членами, и, высоковероятно, наличие напряженных, возможно конфликтных, отношений в семье. Трудности межличностного взаимодействия в семье больных проявляются в их стремлении отгородиться от других людей, возможно, спровоцированном переживаниями по поводу косметического дефекта их внешности.

Почти все больные атопическим дерматитом (89,4 % выборки) отказались использовать на своих рисунках цвет, что можно интерпретировать как следствие их эмоциональной закрытости, отказ от выражения в рисунке своих чувств и переживаний. Достоверно реже ($p < 0,005$) встречающаяся у больных псориазом практика использования только черно-белого оформления рисунка (у 58% обследованных) свидетельствует, что эти больные эмоционально более открыты. Эти данные согласуются с описанными выше результатами анализа клинического интервью.

В рисунках больных из всех геометрических фигур всеми больными наиболее часто использовались круг и овал (суммарно у 63 % больных атопическим дерматитом и 79 % больных псориазом). На втором и третьем местах по частоте использования у больных нейродермитом находится треугольник (у 53 %) и трапеция, ромб (у 37 %), а у больных псориазом – квадрат, прямоугольник (в 66 % рисунков) и треугольник (в 55 % рисунков). Фигуры и символы, а также линии встречаются в менее чем 15 % всех рисунков больных, вне зависимости от их заболевания. Отличи-

тельной особенностью рисунков больных является достоверно более частое ($p < 0,005$) использование трапеции, ромба больными нейродермитом и квадрата, прямоугольника – больными псориазом. При этом пятна встречаются у 21 % больных нейродермитом и отсутствуют в рисунках больных псориазом.

Следует отметить, что больными выбирались преимущественно замкнутые, симметричные, имеющие правильную форму фигуры (чаще всего – треугольник, круг, овал, прямоугольник). Как следствие, косвенная характеристика границ «Я» опирается на представление о них как преимущественно отчетливых, сформированных, устойчивых, хорошо защищающих образованиях. Использование больными атопическим дерматитом пятен в своих рисунках пятна высоковероятно указывает на несформированность и неустойчивость границ их телесного образа «Я».

На рисунках больных атопическим дерматитом часто присутствовали исправления, штриховые и множественные линии при изображении себя и иногда при изображении других членов семьи, что может указывать на неблагоприятное эмоциональное самоощущение в семье и, во втором случае, – о напряженных отношениях с этими членами семьи или о напряженной атмосфере в семье в целом.

Несмотря на то, что была инструкция обязывала пациентов «нарисовать семью в виде геометрических фигур», больные псориазом часто дополнительно изображали на рисунках руки, ноги, головы, лица и даже волосы, а больные нейродермитом более четко следовали инструкции – их изображения более схематичны.

Более детальный и глубокий анализ рисунков проводился по разработанной Р. Бернсом и С. Кауфманом схеме (Бескова, 2006), позволяющей определить количественную оценку выраженности каждого из 5 симптомокомплексов: 1) благоприятная семейная ситуация; 2) тревожность; 3) конфликтность в семье; 4) чувство неполноценности; 5) враждебность в семейной ситуации.

По результатам этого этапа анализа результатов обследования по методике «Рисунок семьи» для больных кожными заболеваниями в целом характерны неблагоприятные (конфликтные, напряженные) отношения в семье. Однако для больных нейродермитом характерен более неблагоприятный характер эмоционального самоощущения в семье, а

анализ рисунков и частоты использования ими фигур свидетельствует о том, что границы телесного образа «Я» у них несформированные и неустойчивые.

По результатам обследования по методике ИЖС установлены значимые межгрупповые различия по шкалам «отрицание» и «реактивное образование» (по U-критерию Манна-Уитни), значения по которым повышены по отношению к нормативным данным, но у больных псориазом эти показатели существенно ($p < 0,01$) выше. Следовательно, больные нейродермитом, по сравнению с другими кожными больными, в конфликтных, неблагоприятных ситуациях более склонны принять существование неприятностей, принимать во внимание тревожащую и конфликтную по своему содержанию информацию. Кроме того, больные нейродермитом менее других способны к трансформации внутренних импульсов в субъективно понимаемую их противоположность. Можно предположить, что такая конфигурация напряженности психологических защит соотносится у больных нейродермитом с представлениями о большей проницаемости границ их телесного образа «Я» и меньшим уровнем осознанности своих внутренних органов как вторичных психологических образований психодинамической природы.

Подсчет суммарных значений баллов по всем шкалам, выполненный в каждой клинической группе пациентов, показал, что у больных нейродермитом показатели общей напряженности психологических защит достоверно ниже ($p < 0,005$), что свидетельствует о существенно сниженных показателях индекса «барьера» и более высоких показателях – по индексу проницаемости. В целом полученные данные свидетельствуют о сниженной адаптации таких больных и их незаинтересованность в контактах с другими.

Таким образом, данные о сниженных показателях «барьера» границ телесного образа «Я» и более высокой проницаемости границ телесного образа «Я» у больных атопическим дерматитом соотносятся с корреляционными закономерностями, выявленными S. Fisher & S.E. Cleveland. Напряженность преимущественно незрелых (протективных) защитных механизмов личности у больных обеих клинических групп свидетельствует о снижении адаптационных ресурсов и коммуникативных способностей у больных кожными заболеваниями, причем больные нейродермитом менее

адаптированы и менее заинтересованы в контактах с окружающими, нежели больные псориазом.

По результатам проективной методики «Форма тела» в каждой группе пациентов были рассчитаны значения сумм ранговых мест, на которые испытуемые размещали ту или иную фигуру, с присвоением каждой фигуре заново ранга, значение которого зависело от полученной величины суммы ранговых мест. При этом на первых 4-х ранговых местах в группе больных нейродермитом оказались фигуры № 4, 1, 6, 2, а в группе больных псориазом – фигуры № 6, 4, 1, 2, а на последних четырех местах – фигуры № 8, 12, 0, 11 и № 10, 12, 0, 11 соответственно.

Полученные в нашем исследовании результаты оказались близкими к нормативным данным, полученным Д.А. Бесковой при апробации методики. Одним из объяснений полученным данным может служить предположение о том, что дерматологические пациенты могут исключать кожные покровы из своего образа тела как наиболее выраженный для них психотравмирующий фактор. Этот вывод может быть обоснован результатами по методике ИЖС, свидетельствующими о высокой напряженности у большинства больных защитного механизма по типу «отрицание», а также данными анализа материалов клинической беседы о стремлении преодолеть вызванный болезнью косметический дефект внешности путем ограничения общения, пассивности и отстраненности.

Вместе с тем, представляет определенный интерес анализ качественной стороны полученных данных.

Исходя из того, что приоритетность в выборе фигуры рассматривается как отражение желательных и актуальных характеристик формы телесности, размещение фигур № 1 и № 4 на первых местах в группе больных нейродермитом символизирует (в соответствии с интерпретатором результатов методики) наличие сформированной, хорошо защищающей, устойчивой границы. В отличие от этого, приоритетность выбора фигуры № 6 больными псориазом отражает характерную для них потребность во внешней стимуляции, поиск контакта.

Поскольку фигуры, выбираемые на места с 10-го по 13-е, описывают отвергаемые, не соотносимые с собственным образом тела качества, следует признать, что всем больным кожными заболеваниями присущи нарушения

телесного образа «Я» и его границ в форме символов поврежденной, распадающейся оболочки (фигура № 11), и даже отсутствие границы вообще (фигуры № 12 и № 0). В группе больных атопическим дерматитом в числе отвергаемых оказалась фигура № 8, отражающая агрессивно-защитную позицию в контакте с миром. В группе больных псориазом на таком месте оказалась фигура № 10, характеризующая недостаточно сформированную, проницаемую, чувствительную, незащищенную границу. Важно отметить, что 7 больных нейродермитом (37 % численности этой группы) ставили эту фигуру на первые места. В свою очередь среди больных псориазом 7 человек (18,5 % численности группы) поставили на первые места фигуру № 8 (отвергаемую больными нейродермитом). Следовательно, для больных псориазом наиболее значимым оказался фактор активности построения контакта с внешним миром (определяемый на основании критерия «сглаженность углов – наличие углов» в фигуре).

По результатам методики «Форма тела» выявлены некоторые различия в представлениях о внутренней границе телесного образа «Я» у больных псориазом и нейродермитом. Больные псориазом предпочитали выбирать фигуры с наличием углов, отражающие активный поиск контактов, а больные нейродермитом отдавали предпочтение фигурам без углов, символизирующим стремление к избеганию контактов с внешним миром.

Эти данные согласуются с предположениями, сформулированными по результатам анализа клинического интервью. Стремление к избеганию взаимодействий с окружающим миром в группе больных атопическим дерматитом связано с повышенной чувствительностью, проницаемостью границ телесного образа «Я», что и приводит к желанию защитить хрупкие границы. Поиск контактов с внешним миром у больных псориазом спровоцирован высокими показателями «барьера» и низкой проницаемостью границ, вследствие чего пациенты стремятся к привлечению дополнительной стимуляции извне.

При обследовании с помощью методики «Я-структурный тест» значимые (по U-критерию Манна-Уитни) межгрупповые различия выявлены только по двум шкалам методики из 18: «деструктивное внутреннее Я-отграничение» и «конструктивная сексуальность». Для сравнения эмпирических результатов с нормативными использовался од-

новыборочный t-критерий Стьюдента (по шкалам, результаты которых отвечали критериям нормального распределения). У больных нейродермитом критериям такого распределения отвечали данные по шкалам «дефицитарный страх», «дефицитарное внутреннее Я-отграничение», «конструктивная сексуальность» и «деструктивная сексуальность».

При этом у больных нейродермитом средние значения по шкале «деструктивное внутреннее Я-отграничение» значимо ($p < 0,005$) ниже, чем у больных псориазом. Деструктивное внутреннее Я-отграничение понимается как наличие ригидно фиксированного «барьера», отделяющего «Я» (иначе – центр осознаваемых переживаний) от остальных интрапсихических структур. Поэтому основной характеристикой гуман-функций является отражение в них имеющегося у больных нейродермитом нарушения (снижения) «проницаемости» границы телесного образа «Я». Таким образом, граница как «орган» отображения внутренних нужд субъекта, основанный на либидонозном отношении к нему и нарциссической поддержке, как залог обязательного принятия и будущего удовлетворения его потребностей, трансформируется в свою противоположность – в тонкое, проницаемое, слабое и гибкое (не ригидное, гибкое) образование. В этой связи недостаточность внутренней границы можно рассматривать как в определенном смысле базисное недоразвитие личностных структур, тормозящее формирование других интрапсихических образований.

Вместе с тем, у больных нейродермитом средние значения по шкале «конструктивная сексуальность» значимо ($p < 0,01$) выше. Конструктивная сексуальность понимается как сугубо человеческая возможность получать свободное от страхов и чувства вины взаимное удовольствие от физического, телесного сексуального взаимодействия, как зрелое безусловное телесное, душевное и духовное слияние, единение личностей. Таким образом, конструктивная сексуальность предполагает подлинное принятие другого и подтверждение собственной Я-идентичности, что на уровне характеристик границ телесного образа «Я» также сопровождается снижением их плотности, «размыванием» их определенности, отчетливости и «барьерности» в целом.

Таким образом, данные обследования больных нейродермитом и псориазом, полу-

ченные при обследовании различными методиками, позволяют сформулировать некоторые общие и непротиворечащие друг другу выводы.

1. Для больных нейродермитом характерно чувство незащищенности, проявляющееся более низкими значениями «барьерности» и высокой проницаемости границ телесного образа «Я», которые часто недостаточно сформированы, «хрупки» и чувствительны, что вызывает желание таких больных защититься, отгородиться от внешнего мира.

2. Для больных псориазом характерны высокие показатели «барьерности», низкая проницаемость границ телесного образа «Я», а также их устойчивость и плотность. Такие характеристики границ позволяют рассматривать их как «хорошо защищающие», приводящие к снижению чувствительности в средовым воздействиям, что провоцирует у таких больных появление когнитивных и поведенческих стратегий поиска контакта.

3. Имеются различия в характеристиках границ телесного образа «Я» у больных нейродермитом и псориазом, проявляющиеся более глубокими их нарушениями при атопическом дерматите, вызванными формирующимися на более ранних этапах онтогенетического развития дисфункциями, обуславливающими скорее несформированность границ, нежели деформацию их формирования, как это наблюдается у больных псориазом.

4. У всех больных кожными заболеваниями отмечается наибольшая напряженность психологической защиты по типу отрицания, действие которой позволяет снизить стрессогенные эффекты косметического дефекта, сформировавшегося вследствие кожного заболевания.

5. Для больных кожными заболеваниями также характерны эмоционально неблагоприятные отношения в семье, трудности в выстраивании адаптивных межличностных отношений. Больные атопическим дерматитом скорее склонны к симбиотическому слиянию, а не к равноправным зрелым отношениям, в связи с чем они, как правило, испытывают значительные трудности в поддержании устойчивых продуктивных контактов.

Литература

1. Бескова, Д.А. Клинико-психологические характеристики внешней и внутренней границ телесности (на модели сомато-

формных расстройств): дис. ... канд. псих. наук / Д.А. Бескова. – М.: МГУ им. Ломоносова, 2006. – 220 с.

2. Бескова, Д.А. Телесность как пространственная структура / Д.А. Бескова, А.Ш. Тхостов // Психология телесности: между душой и телом. – М.: АСТ, 2007. – С. 236–252

3. Бройтигам, В. Психосоматическая медицина: краткий учебник / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад; пер. с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.

4. Вассерман, Л.И. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля / Л.И. Вассерман, О.Ф. Ерышев, Е.Б. Клубова. – СПб.: Изд-во СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 50 с.

5. Вассерман, Л.И. Медицинская психодиагностика: Теория, практика и обучение / Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. – СПб.: Филологический факультет СПбГУ; М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 736 с.

6. Гредновская, Е.В. Габитус как «социальное тело» принуждения / Е.В. Гредновская // Вестник ЮУрГУ. Серия «Социально-гуманитарные науки». – 2010. – № 8 (184). – С. 116–120.

7. Елисеев, Е.В. Динамика психосоматических и соматопсихических показателей в структуре личностных свойств единоборцев, страдающих атопическим дерматитом / Е.В. Елисеев, О.Р. Зиганишин, М.В. Трегубова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Образование. Здоровоохранение. Физическая культура». – 2012. – № 42. – С. 51–54.

8. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. – СПб.: Институт им. В.М. Бехтерева, 2003. – 438 с.

9. Родионов, А.Н. Справочник по кожным и венерическим заболеваниям / А.Н. Родионов. – СПб.: Питер, 2005. – 464 с.

10. Тупицын, Ю.Я. Я-структурный тест Г.Аммона (пособие для врачей и психологов) / Ю.Я. Тупицын, В.В. Бочаров. – СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – СПб., 1997.

11. Тхостов, А.Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.

12. Шапарь, В.Б. Практическая психология. Проективные методики / В.Б. Шапарь, О.В. Шапарь. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 480 с.

13. Штрахова, А.В. Психосоматические аспекты нейродермита, телесный образ «Я» и его границы у больных с атипичными дерматитами. Сообщение 1 / А.В. Штрахова, А.Р. Харисова // Вестник ЮУрГУ. Серия

«Психология». – 2013. – Т. 6, № 3. – С. 101–109.

14. Fisher, S. *Body image and personality* / S. Fisher, S.E. Cleveland. Princeton: Van Nostrand, 1958.

Штрахова Анна Владимировна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры клинической психологии, Южно-Уральский государственный университет, г. Челябинск, avshtrahova@mail.ru

Харисова Альбина Радиковна, студент 5 курса факультета психологии, Южно-Уральский государственный университет, г. Челябинск., klynepsy@susu.ac.ru

Поступила в редакцию 12 октября 2013 г.

Bulletin of the South Ural State University
Series “Psychology”
2014, vol. 7, no. 1, pp. 102–112

BODY SELF-IMAGE AND ITS BOUNDARIES OF PATIENTS WITH ATYPICAL DERMATITIS. PART 2

A.V. Shtrakhova, South Ural State University, Chelyabinsk, Russian Federation, avshtrahova@mail.ru

A.R. Kharisova, South Ural State University, Chelyabinsk, Russian Federation, klynepsy@susu.ac.ru

This article presents the program and the results of clinical psychological study of patients with skin diseases, performed in line with psychodynamical approach in psychosomatic medicine. In a comparative study of patients with psychosomatic and classic versions of these diseases (for example, patients with neurodermatitis and psoriasis, respectively), research was made on manifestations of “barrier” or “permeability” of the body self-image boundaries, driving them to retreating and defending against external influences. The results of projective techniques in the study found that patients with neurodermatitis have unformed and instable boundaries of their body self-image as well as more dysfunctional nature of their emotional self-awareness in the family. The results show reduction in intensity of the psychological defense with the dominance of defense mechanism of denial, the effect of which is aimed at reducing the impact of stressful cosmetic defect by limiting communication, passivity and aloofness. In addition, the declining scale of “destructive inner self-delimitation” in ISTA methods also confirms the dysfunction (decrease) of “permeability” of the body self-image boundary in the neurodermatitis research group. In general, insufficiency of self-image boundaries of neurodermatitis patients is considered as a consequence of basic underdevelopment of their personality structures inhibiting the formation of other intrapsychic structures.

Keywords: atopic dermatitis, psychosomatic disorders, psychodynamics, physicality psychology, body self-image, boundaries of physicality.

References

1. Beskova D.A. *Kliniko-psikhologicheskie kharakteristiki vneshney i vnutrenney granits telesnosti (na modeli somatofornnykh rasstroystv)* Diss. kand. psikhol. nauk [Clinical and Psychological Characteristics of the Outer and Inner Boundaries of Corporeality (Model somatoforn disorders) PhD diss.], Moscow, 2006, 220 p.

2. Beskova D.A. Tkhostov A.Sh. [Corporeality as the Spatial Structure]. *Psikhologiya telesnosti mezhdou dushoy i telom* [Psychology of physicality between soul and body]. Moscow, AST Publ., 2007, pp. 236–252.

3. Broytigam V., Kristian P. *Psikhosomaticheskaya meditsina: Kratkiy uchebnyk* [Psychosomatic Medicine], Moscow, 1999, 376 p.

4. Vasserman L.I., Eryshev O.F., Klubova E.B. *Psikhologicheskaya diagnostika indeksa zhiznennogo stilya* [Psychological Dagnostics of an Index of Lifestyle], St. Petersburg, 2005, 50 p.

5. Vasserman L.I., Shchelkova O.Yu. *Meditinskaya psikhodiagnostika: Teoriya, praktika i obucheniye* [Medical Psychodiagnosis: Theory, Practice and Training], St.Petersburg, Moscow, 2003, 736 p.
6. Grednovskaya E.V., [Habitus as a “Social Body” of Coercion], *Bulletin of the South Ural State University. Ser. Humanities and Social Science*, 2010, no. 8 (184), pp. 116–120.
7. Eliseev E.V., Ziganshin O.R., Tregubova M.V. [Dynamic and psychosomatic somatic and psychic indicator in the personal properties of athletes with atopic dermatitis], *Bulletin of the South Ural State University. Ser. Education, health care, physical education*, 2012, no. 42, pp. 51–54.
8. *Ocherki dinamicheskoy psikhiiatrii. Transkul'tural'noe issledovanie* [Essays on Dynamic Psychiatry. Transcultural Research], M.M. Kabanov, N.G. Neznanov (eds), St. Petersburg, 2003, 438 p.
9. Rodionov, A.N. *Spravochnik po kozhnym i venericheskim zabolevaniyam* [Handbook of Skin and Venereal Diseases], St. Petersburg, Piter Publ., 2005, 464 p.
10. Tupitsyn Yu.Ya., Bocharov V.V. Ya strukturnyy test G.Ammona (posobie dlya vrachey i psikhologov) [Self Structural Test by G.Ammon (Manual for Physicians and Psychologists)], St. Petersburg, 1997.
11. Tkhostov A.Sh. *Psikhologiya telesnosti* [Psychology of Corporeality], Moscow, Smysl Publ., 2002, 287 ps.
12. Shapar' V.B, Shapar' O.V. *Prakticheskaya psikhologiya. Proektivnye metodiki* [Practical Psychology. Projective Techniques], Rostov-na-Donu, Feniks Publ., 2006, 480 p.
13. Shtrakhova A.V., Kharisova A.R. [Psychosomatic aspect of neurodermatitis, body-self image and its boundaries of patients with atypical dermatitis. Part 1]. *Bulletin of the South Ural State University. Ser. Psychology*, 2013, vol. 6, no. 3, pp. 101–109.
14. Fisher, S. & Cleveland S.E. *Body image and personality*. Princeton: Van Nostrand, 1958.

Received 12 October 2013