

сокровищница образования Донетчины. – Донецк, 2018. – № 1. – С. 78-82.

4. Медведева Н. И. Психологические механизмы обеспечения безопасности личности в экстремальных условиях / Н. И. Медведева // Мир науки, культуры, образования. – Горно-Алтайск, 2016. – 3 (58). – С. 206-207.

АННОТАЦИЯ

Кондрашова М. В. Индивидуальные ресурсы психологической безопасности студентов в экстремальной ситуации.

В статье проведён теоретический анализ проблемы психологической безопасности в контексте экстремальной ситуации. Определены индивидуальные ресурсы личности, которые будут рассмотрены в дальнейшем эмпирическом исследовании.

Ключевые слова: личностные ресурсы, психологическая безопасность, социально-психологические ресурсы, экстремальная ситуация.

SUMMARY

Kondrashova Marina. Individual resources of students' psychological safety in an extreme situation.

The article presents a theoretical analysis of the problem of psychological safety in the context of an extreme situation. There have been identified individual resources of the personality, which will be considered in further empirical research.

Key words: resources of the personality, psychological safety, socio-psychological resources, extreme situation.

*Максименко Елена Георгиевна,
г. Донецк, ДНР*

УДК 159.923.2

ГЛУБИННАЯ ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В научной литературе существуют различные варианты понимания природы психосоматических заболеваний. Согласно определению А. Менегетти, «здоровье – это свободное течение энергии, которая, проходя через множество различных частей, сходится в единой точке, интегрируется в единое целое. Когда одна из точек многообразия перестаёт быть точкой приема и передачи энергетического или жизненного импульса, индивид испытывает страдание, боль» [4, с. 18]. А. Менегетти подчеркивает

приоритет чистой динамики психического над вещественной динамикой биологического: «Психический мир – это динамическая реальность, которая управляет любой человеческой органикой в ее волонтаристском, биодинамическом, химическом и материальном аспектах. Без психики жить невозможно, она первична по отношению к биологическому...» [там же, с. 17].

Источником психосоматического заболевания А. Менегетти [4] определяет семью, являющуюся основной организационной единицей жизни, первосхемой, своеобразным «чипом», встроенным в психику ребенка в первые шесть лет жизни и «идентифицирующим формы передачи коммуникации» [там же, с. 230]. Онтогенез человека А. Менегетти сравнивает с процессом деления клетки, в котором в течение определенного периода существует два центра или полюса: «С рождения ... все люди питаются от диады и сосуществуют с ней» [там же]. Разделение происходит в момент полной зрелости, что обеспечивает дальнейшее независимое развитие. Если первосхема «больна», питание не обеспечивает достаточного уровня зрелости и диадические отношения не разрываются на клеточном и химическом уровне. Физический отрыв вносит дисбаланс в систему «индивид – семья (мать)», нарушающий способность к самостоятельному движению. Базовая матрица диадических отношений, идентифицированная индивидом, срабатывает как механизм принудительного влечения к повторению. «Субъект не находит новые решения, а повторяет старые» [4, с. 235]. Решение проблемы «питания» с помощью болезни в детстве приводит к появлению в старшем возрасте психосоматического (невротического, аддиктивного) заболевания для решения проблемы получения от общества необходимого «питания».

В. Райх [7] также связывает появление психосоматических расстройств с особенностями раннего воспитания, отмечая важность разработки воспитательных условий, способных обеспечить гармонию «вегетативной живости и общительности». «Страх перед наказанием за сексуальные манипуляции, пережитый больным в детстве, закрепился в хронической форме как страх перед удовольствием» [там же, с. 270]. Торможение удовольствия превращает последнее в неудовольствие. Мышечные зажимы, участвующие в акте торможения, свидетельствуют о нарушении и застое вегетативной (психической) энергии, основной функцией которой есть обеспечение целостности психики. «С ощущением целостности связано ощущение непосредственного контакта с миром» [там же, с. 271]. В. Райх обращает внимание на связь психического и соматического, в которой внешнее (телесное) является формой латентно функционирующих психических содержаний, источником которых служит аффективная реакция индивида на

внешний объектный мир. В. Райх оставляет открытыми вопросы понимания механизмов, с помощью которых осуществляется патологическое обуздание аффектов: «У нас есть основания надеяться, что науке однажды удастся научиться обращаться с биологической энергией так же, как сегодня она обращается с электричеством. Только тогда душевная чума, поражающая людей, окажется под контролем» [7, с. 274].

В зажатости эмоциональных и моторных импульсов, когда индивид не имеет возможности двигаться, сопротивляться, выйти из ситуации, находит причину психосоматических заболеваний и С. Гроф [3, с. 269]. Проявления агрессии, насилия, депрессии, общих моторных нарушений (судороги, тики, припадки), согласно его исследованиям, детерминированы огромным запасом агрессивных импульсов, создающих внутреннее напряжение внутри организма и ожидающих высвобождения. Первоисточником психосоматической симптоматики С. Гроф считает перинатальные переживания, однако последующее взаимодействие с родителями, окрашенное упреками, наказаниями, критикой и т. д., закрепляет негативный аффективный опыт в чувстве бессознательной вины, при которой сброс напряжения часто происходит посредством болезни или самонаказания. «Вина – это убежденность в том, что совершено некое ужасное деяние, без малейшего представления о том, что именно это было. Есть основания рассматривать вину как результат отчаянного усилия рационализировать абсурдность страдания, обрушившегося на человека без всякой разумной причины» [3, с. 271].

Ц. Короленко [2], М. Сандомирский [8], К. Судаков [2] рассматривают возникновение психосоматических заболеваний как заключительный этап нарушения адаптационных способностей психики человека после психоэмоциональных и психосоциальных нарушений, связанных с переживанием длительной психотравмирующей ситуации. Фактически речь идет о фазе срыва адаптации, которая характеризуется хронической психической напряженностью: «застойные» отрицательные эмоции приводят к формированию нового устойчивого состояния мозга, при котором происходит перестройка взаимоотношений коры и подкорковых образований» [8, с. 32]. В этом смысле интересно мнение А. Налчаджяна [5], указывающего на защитную функцию психосоматических заболеваний, определяя их как неадекватные адаптивные стратегии, обладающие определенной целесообразностью и способные на короткое время уменьшить психическую напряженность. В работах А. Адлера [1] данный механизм психологической защиты обоснованно назван «уход в болезнь», позволяющий субъекту компенсировать комплекс неполноценности.

Теоретический анализ проблемы подтверждает актуальность изучения проблемы психосоматических заболеваний, которые, согласно результатам исследования, являются следствием деструктивного воспитания индивида в раннем детстве.

Психоаналитическая работа подтверждает влияние эмоционально-родительской депривации на формирование психосоматических заболеваний. Анализ показывает значимость эдипальных переживаний в процессе становления субъектности как стремления к саморазвитию. Отсутствие поддержки со стороны родителей в этот период, негативная оценка, критика приводят к развитию чувства вины, комплекса неполноценности, неверия в собственные возможности, что часто обуславливает формирование неадаптивности (В. А. Петровский). Нарушение адаптивности в дальнейшем проявляется в частых конфликтах, соперничестве, конкуренции между значимыми для субъекта людьми, что оставляет след внутренней психической нестабильности, связанной с непониманием собственного образа «Я», своих чувств, желаний, места в окружающем мире. Детская компенсация в виде механизма «ухода в болезнь» (А. Адлер), как средство психологической защиты, неосознанно включается в ситуациях, связанных с необходимостью принятия решения, ответственности, выбора или как средство влияния на ситуацию (способ манипулирования). Неустойчивое самоосознание создает предпосылки для формирования деструктивной картины мира.

Из психоаналитической беседы с анализантом В.: «До двадцати пяти лет я жила неосознанно. Слушала свою маму, которая говорила, что у человека есть рок судьбы, который все предопределяет. Я не чувствовала в себе желания жить, потому что привыкла во всем слушаться родителей, смирилась с этим». Глубинно-психологическая коррекция В. выявила значительное количество внутренних противоречий: жертва/преследователь, зависимость/независимость, тенденция к отцу/матери, к семье/от семьи, ощущение опасности/пренебрежение опасностью, агрессия (конфликт, конкуренция)/аутоагрессия (одиночество, уход в болезнь) и др. Противоречия свидетельствуют о феномене «порочного круга» (вынужденного повторения) [9; 10], возникающего всякий раз при нерешенных конфликтах развития, что детерминирует самодепривационные тенденции, блокирующие саморазвитие.

Анализ клинических случаев акцентирует внимание на цепочке психологических факторов возникновения психосоматического заболевания как формы самодепривации психики субъекта (табл. 1), в которой основную роль играет эдипальный конфликт и чувство вины. Особенностью эдипальной ситуации является переживание ребенком сложного морально-нравственного выбора, результат которого

остаётся в психике и влияет на все последующие объектные отношения. Сложность, непонятность и неопределённость родительских фигур отражается на размывании реальности и порождает у субъекта чувство вины. Вследствие действия механизмов психологической защиты (проективной и интроективной идентификации) сложности эдипальной дилеммы являются неизбежными, учитывая, что в процессе идентификации происходит частичное замещение объектов (меняющаяся идентификация), а также наполнение их качествами, отщепленными от одного родителя и спроецированными ребёнком на другого. Природа интроецированной эдипальной пары частично порождена перцепцией ребёнка и частично искажена его же проекциями. Таким образом, эдипальный конфликт содержит в себе сложные образования, способные деструктивно влиять на жизнь и здоровье субъекта из-за невозможности понимания роли каждого участника эдипальной драмы.

Чувство вины, возникающее как результат переживаний субъектом фрустрирующих объектных отношений в том виде, в котором они были восприняты (со всеми социально-перцептивными искажениями), с одной стороны, сопровождает идентификацию и решение проблемы внутреннего объекта, с другой стороны, погружает субъекта в мир иллюзии удовлетворения потребностей эдипального характера.

Таблица 1

Механизм формирования психосоматического заболевания

<i>Первичный внешний фактор</i>
Родительская депривация
<i>Глубинно-психологический уровень</i>
Блокирование либидной энергии в результате родительской депривации
Бессознательные агрессивные импульсы к обладанию, зависть, ревность, жадность, ненависть
Отсутствие константного внутреннего объекта как символической материнской (родительской) опоры
Формирование амбивалентных чувств к либидным объектам
Формирование «Супер-Эго» как критической и карающей инстанции по отношению к «Эго» (интроект депривующего родителя)
<i>Эмоциональный уровень</i>
Фрустрация (неадекватное переживание неудовлетворенной потребности)
Чувство вины (производное карающего «Супер-Эго» в связи с несоответствием «Я-реального» «Я-идеальному»)
Чувство беспомощности, обидчивость, ранимость
Чувство неполноценности

Страх наказания, самонаказание
Фобии как результат замещения объектов
Агрессия, аутоагрессия
Сложности в понимании и описании чувств
Нарушение самовосприятия «здесь-и-теперь», «Я и пространство», безопасности, самосохранения
Ложная самость, деструктивная картина мира

<i>Мотивационно-потребностный уровень</i>
Несоответствие желаемого и действительного
Контейнирование собственных потребностей и желаний и замещение их родительскими (идеальными)
Развитие перфекционизма или конформизма (отказ от саморазвития)

<i>Уровень поведения</i>
Нарушение (невозможность) спонтанной творческой активности
Гиперактивность или пассивность
Проявление агрессии или аутоагрессии
Алгоритмизация действий, шаблонность, ригидность
Рисковость поведения или неоправданная боязливость

<i>Рефлексивный уровень</i>
Повышенная самокритичность
Негативная самооценка
Отсутствие конструктивных жизненных целей
Ошибки мышления, трудности в принятии решений, неуверенность в жизненных выборах
Неадаптивность

<i>Социальный уровень</i>
Проявление ревности, зависти, жадности
Сравнение себя с другими, конкуренция, конформизм
Оценка других и невозможность безусловного принятия, авторитаризм
Конфликты
Невозможность создания конструктивных либидных объектных отношений

<i>Вторичный внешний фактор</i> (стресс, жизненная неудача, потеря близкого человека, резкое изменение жизненных обстоятельств, неопределенность будущего и др.)

Апатия, потеря работоспособности, нарушение поисковой и адаптивной активности, навязчивые действия
Бессонница, фобии, высокий уровень тревожности, навязчивые влечения, панические атаки
Алекситимия
Неадекватная самооценка
Комплекс неполноценности
Снижение продуктивности мышления, сужение интересов, навязчивые мысли
Отсутствие или потеря смысла жизни

<i>Психосоматическое заболевание</i>
Невротическое расстройство
Дезадаптивность
Отказ от самоактуализации

В итоге внутренний мир субъекта становится своеобразным «калейдоскопом», структура которого нестабильна и дезорганизована. Эмоциональная сфера перестает выполнять функцию ориентировки и обратной связи. В фокус внимания субъекта попадают разрозненные элементы ассоциаций, вовлекающие его в бесконечный поиск продуктивного решения актуальных проблем. Чувства и желания не соответствуют друг другу и, подвергаясь критике «Супер-Эго», вытесняются из сознания, оставляя на поверхности психики «следы горения» – нерешительность, беспомощность, страх и панику, а также сильнейшее чувство агрессии.

В табл. 1, основываясь на результатах анализа эмпирического материала по данной проблеме, раскрывается возникновение психосоматических расстройств, в основе развития которых лежит чувство вины и комплекс неполноценности. Родительская депривация на глубинном уровне детерминирует блокирование либидной энергии. Бессознательные агрессивные импульсы направляются на удовлетворение потребности в обладании, что стимулирует появление деструктивных амбивалентных чувств к родительским фигурам и препятствует формированию внутреннего константного объекта (символа материнской опоры). Супер-Эго напояняется интроектами депривирующих (карающих) родителей.

На эмоциональном уровне переживается ситуация фрустрации базальных потребностей. В ответ на строгое Супер-Эго появляется чувство вины и тенденция самоказания, что обуславливает развитие комплекса неполноценности, в связи с переживанием несоответствия желанному идеализированному образу «Я».

Формируется ложная самость и деструктивная картина мира. На потребностно-мотивационном уровне происходит контейнирование собственных потребностей, желаний и замещение их родительскими (идеальными).

На поведенческом уровне наблюдается ригидность, шаблонность действий, отсутствие спонтанной активности, инициативности. В поведении появляется рисковость как следствие тенденции психологической смерти. В общении с окружающими отмечаются конфликты, склонность к изоляции, отчуждению, закрытости чувств. Рефлексивный уровень показывает повышенную самокритичность, негативную самооценку, неадаптивные суждения, сложности в принятии решений, зависимость от мнения окружающих. Психосоматическое заболевание развивается при повторном травмировании личности, пережившей родительскую депривацию.

Как показывает опыт практической работы, глубинно-психологическая природа подобных расстройств связана с переживанием чувства вины и формированием комплекса неполноценности, сензитивным периодом формирования которых является эдипальный период развития личности. Решение вопроса определения психологических причин психосоматических проявлений самодепривации находится в плоскости восприятия первичных либидных объектов и ранних переживаний, связанных с опытом отношений ребенка с родительскими фигурами в эдипальном периоде. Родители, которые не способны принимать проекции ребенка, его примитивные фрагментированные переживания в момент фрустрации и интегрировать их с помощью понимания трудностей ребенка в конкретный момент времени, порождают безнадежный «порочный круг» разрозненных элементов переживаний, которые беспорядочно и насильственно проецируются на замещающие родителей фигуры. Чувство вины, возникающее как ответ на непонимание и неприятие родителями чувств ребенка, создает предпосылки неосознаваемого поиска необходимого субъекту контейнера переживаний, позволяющего на какое-то время интегрировать, организовать разбросанные и искаженные ассоциации.

Психосоматическое заболевание позволяет субъекту контейнировать аффекты посредством создания желанных «понимающих» объектных отношений, пусть и организованных вокруг болезни. В этом смысле и чувство вины, и комплекс неполноценности субъекта, являясь симптомами невротизации психики, в процессе психоанализа могут служить проводниками в бессознательное субъекта, раскрывая взаимосвязи разрозненных проекций и идентификаций эдипова комплекса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адлер А. О нервическом характере / пер. с нем. И. В. Стефанович ; под ред. Э. В. Соколова. – СПб. : Университетская книга, 1997. – 388 с.
2. Амон Г. Психосоматическая терапия / Г. Амон. – СПб. : Речь, 2000. – 238 с.
3. Гроф С. За пределами мозга / С. Гроф и др. ; пер. с англ. : А. Андрианова, Л. Земской, Е. Смирновой ; под общ. ред. А. Дегтярева. – М. : АСТ, 2001. – 504 с.
4. Менегетти А. Психосоматика / А. Менегетти ; пер. с итал. ННБФ «Онтопсихология». – М. : БФ «Онтопсихология», 2007. – 360 с.
5. Налчаджян А. А. Некоторые психологические и философские аспекты интуитивного познания (интуиция в процессе научного творчества) / А. А. Налчаджян. – М. : Мысль, 1972. – 271 с.
6. Петровский В. А. Психология неадаптивной активности / В. А. Петровский. – М. : Горбунок, 1992. – 224 с.
7. Райх В. Функция оргазма / В. Райх ; пер. с нем. – М. : АСТ; СПб. : Университет. книга, 1997. – 304 с.
8. Сандомирский М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия. Практическое руководство / М. Е. Сандомирский. – М. : Класс, 2005. – 592 с. – (Библиотека психологии и психотерапии).
9. Фрейд З. Остроумие и его отношение к бессознательному. Страх. Тотем и табу: сборник / З. Фрейд ; пер. с нем. – Минск : Попурри, 1998. – 496 с.
10. Яценко Т. С. Психоаналитическая интерпретация комплекса тематических психорисунков: глубинный аспект / Т. С. Яценко, Я. М. Кмит, Л. В. Мошенская. – М. : СИП РИА, 2000. – 192 с.

АННОТАЦИЯ

Максименко Е. Г. Глубинная психокоррекция психосоматических заболеваний.

В статье рассматривается проблема психокоррекции психосоматических заболеваний. Автор опирается на теоретические и методологические основы психодинамической концепции, а также собственный практический опыт в глубинной психологии. Механизм формирования психосоматического заболевания рассматривается как производное детских переживаний, связанных с эмоционально-родительской депривацией, продуцирующих чувство вины и тенденцию самонаказания.

Ключевые слова: психосоматическое заболевание, родительская депривация, чувство вины, эдипальный конфликт, психологическая защита.

SUMMARY

Maksimenko Yelena. Depth psychological correction of psychosomatic diseases.

The article deals with the problem of psychological correction of psychosomatic diseases. The author relies on the theoretical and methodological foundations of the psychodynamic concept, as well as on the personal practical experience in depth psychology. The mechanism of a psychosomatic disease formation is viewed as a derivative of childhood experience associated with emotional-parental deprivation, which generate a feeling of guilt and a tendency to self-punishment.

Key words: psychosomatic illness, parental deprivation, guilt feelings, oedipal conflict, psychological defense.

*Маховицкая Татьяна Петровна,
г. Донецк, ДНР*

УДК 37.013.77

**ПРОБЛЕМА АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ К ОБУЧЕНИЮ
В ВУЗЕ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОЙ СИТУАЦИИ**

Изучение адаптации человека к стрессовым ситуациям в последнее время приобретает особое значение. Причём самого пристального внимания требуют стрессы, имеющие не только острый, но и хронический периоды. Такие экстремальные ситуации требуют от человека долгосрочной адаптации, создания новых или модифицированных форм существования. Изучение особенностей приспособляемости человека к хроническим стрессовым воздействиям важно, поскольку они захватывают обычно большие регионы и значительные массы населения. Хронические посттравматические стрессовые расстройства, по-видимому, встречаются значительно чаще, чем острые, однако изучены они гораздо меньше.

Еще в 20-х годах отмечалось [1, с. 80], что у лиц, в течение нескольких лет находившихся в экстремальных условиях революции и гражданской войны, через определенный промежуток времени развивается редукция энергетических возможностей, сужение круга интересов, снижение или потеря трудоспособности. Этот синдром получил название «нажитой психической инвалидности».

Медико-психологический анализ войн, стихийных бедствий и экологических катастроф свидетельствует о специфичности эмоционально-стрессовых реакций в экстремальных условиях с реальной угрозой жизни. К таким реакциям, по определению Международной классификации болезней (МКБ-10), относят