

ПРАЛОГИЧЕСКИЕ ОБРАЗОВАНИЯ В СИСТЕМЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

И.Я. Стоянова (Томск)

Аннотация. Рассматривается специфика пралогической защиты у пациентов с психосоматическими расстройствами. Представлены материалы экспериментального исследования, позволяющие выделить закономерности проявлений пралогической защиты в норме и при нарушениях здоровья.

Ключевые слова: пралогические образования, пралогическая защита, психологическая защита, психосоматические расстройства.

В программах психологической помощи населению необходимо учитывать социально-психологические составляющие, обуславливающие психосоматические расстройства. Актуальность изучения психологических защитных механизмов и способов совладания в системе адаптивно-защитного комплекса человека обусловлена широким спектром социально-психологических факторов. Многообразие жизнедеятельности человека предполагает применение различных способов взаимодействия с реальностью, которые могут способствовать нарушению адаптации и усиливать патогенез, а также становиться основой преодоления трудностей. К таким феноменам относятся психологическая защита и совладание (копинг-механизмы). Исследователями введена психологическая дефиниция «адаптация к социально-средовым условиям». Ее нарушение может приводить к дезадаптивным состояниям, проявлениям предболезненных и болезненных нарушений.

Согласно концепции Ф. Александера [1], внутриличностный конфликт между потребностью и страхом у лиц, склонных к психосоматическим нарушениям, может выражаться разными способами:

- с помощью психических перестроек;
- посредством телесных нарушений (дисфункций), проявляющихся в виде хронических психосоматических симптомов;
- через изменение способа поведения.

Психоаналитически ориентированными исследователями было показано, что включение психологической защиты может привести не только к актуальному облегчению, но и к появлению стабильных, длительно функционирующих структур, которые в дальнейшем будут активизироваться в сходных обстоятельствах. При этом вторжение защиты может сопровождаться формированием специфических, «условно желательных» симптомов, которые вовлекаются человеком в разрешение ситуации, связанной с конфликтом, а также частично снижают внутреннее напряжение.

На фоне отсутствия единых определений и классификации психологических защит по поводу их количества, специфичности, критериев дифференцированности на нормальные и патологические, понимания их роли в формировании личностных, невротических и психосоматических расстройств выделяются их общие свойства. Отмечается, что психологические защиты действуют в подсознании, отрицая, искажая или фальсифици-

руя действительность в ситуации стресса, конфликта, фрустрации, психотравмы, интрапсихической адаптации [2–5, 9, 10].

Сформулированы следующие гипотезы относительно психологической сущности психосоматозов.

Определенные аллергические, сосудистые, гастрические и другие реакции могут быть соматическим выражением попытки защитить себя от архаических желаний, которые переживаются как угрожающие жизни, подобно тому, как маленький ребенок может переживать угрозу смерти.

С целью защиты психические структуры в момент опасности посылают примитивные сигналы тревоги телу, не используя язык. Поэтому переживание опасности не может осмысливаться. Подобный сигнал может проявляться в психосоматической дисфункции, например в гиперсекреции желудочного сока, повышенном артериальном давлении и т.п. Эти реакции склонны повторяться, имеют навязчивый характер.

Психосоматические симптомы выполняют защитную функцию и на бессознательном уровне компенсируют недостаток целостности «Я». Примитивные страхи тесно связаны с расстроеными отношениями мать–младенец, бессознательными страхами быть брошенным или отвергнутым матерью.

К феноменам, выполняющим функцию психологической защиты, относятся также пралогические образования. Являясь продуктом мифологического мышления, они содержат догматическую направленность, отвержение новых возможностей познания реальности опытным путем. Однако в социуме выявляется широкая распространенность архаических представлений в форме верований, примет и суеверий, применяемых в различных сферах бытия с целью защиты от невзгод, порожденных непредсказуемостью мироустройства.

Используя в качестве ключевых слов понятия «пралогические образования» и «пралогическая защита», мы исходили из следующих предпосылок.

Содержание пралогических образований охватывает всю совокупность эмоционально окрашенных коллективных представлений, включая верования, суеверия, приметы, ритуалы, осознаваемых как явления, происходящие при содействии магических сил и сформированных в процессе культурно-исторического и социокультурного развития до настоящего времени.

При рассмотрении данного феномена в его традиционном варианте в качестве «пралогического или первобытного мышления», т.е. мыслительного процесса, на первом плане оказываются особенности, характеризующие архаический (дологический) способ познания, отличающийся от мышления, основанного на установлении причинно-следственных связей. При этом вне психологического анализа остаются важные характеристики, присущие данному феномену, в частности содержательная предпочтительность тех или иных пралогических образований, особенности проявления защитных механизмов и их мотивационно-регулирующее значение.

Концепция нашего исследования заключается в рассмотрении пралогических образований в качестве специфического способа психологической защиты, выполняющего мотивационно-регулятивную функцию при взаимодействии человека со средой. Пралогическая защита проявляется в целостной совокупности всех особенностей, свойственных коллективным проявлениям. Функции психологической защиты заключаются в частично осознаваемом проявлении специальной системы стабилизации личности, направленной на ограждение сознания от неприятных, травмирующих переживаний, сопряженных с внутренними и внешними конфликтами, состояниями тревоги и дискомфорта. С помощью коллективных представлений, имеющих мифологическую природу, заимствованных личностью из «надивидуального» опыта, можно представлять реальность в комфортном, упрощенном и более понятном виде, использовать готовые, уже существующие «технологии» в форме традиций, обычаев, ритуалов. При этом значительная доля ответственности за их использование возлагается на автора данного продукта, т.е. на коллективные представления, социальные стереотипы, явившиеся результатом совместной деятельности сообщества, с которым стремится идентифицироваться человек [6].

Целью настоящего исследования стало выявление роли пралогических образований в норме и психосоматических расстройствах, включенных в защитную систему. Для реконструкции пралогических содержаний применялись «Опросник верований и суеверий» (ОВИС) и стандартизованное интервью. ОВИС помогает установить, как используются в жизнедеятельности приметы, ритуалы, поверья, закрепленные социокультурными традициями в коллективных представлениях либо моделируемые самостоятельно. Окончательный вариант включает шкалы «Пралогическое восприятие», «Магическая тревожность», «Магический прогноз», «Применение нетрадиционных способов лечения», «Действенное использование пралогических образований», представляющие различные компоненты пралогической защиты.

Феноменология пралогического изучалась с помощью стандартизованного интервью, которое проводилось после выполнения задания по заполнению ОВИС с целью объективизации результатов исследования. Интервью

направлено на выявление особенностей осознания и отношения между составляющими индивидуального опыта, включая опору на самостоятельное установление причинно-следственных отношений между происходящим, на традиции старшего поколения или действие магических сил (как компоненты пралогических образований). Выявлялись опыт ситуативного применения верований и/или суеверий, использования примет в повседневности, характерные переживания, обусловленные пралогическими образованиями (ПрО), особенности их трансформации как символа веры. Устанавливались значимость ПрО в контексте жизнедеятельности пациентов и здоровых людей и отношение к ним [7–8].

Исследование проводилось на базе клиники НИИ психического здоровья и НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН и областной клинической больницы. Обследовано 111 пациентов женского и мужского пола с диагнозами «гипертоническая болезнь» – 53, «язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки» – 58.

Средний возраст больных с гипертонической болезнью – $39,06 \pm 0,2$ года, из них 27 женщин и 26 мужчин. Давность заболевания – $7,36 \pm 0,29$ года. Психологические особенности, сопровождающие клинические проявления, включали невротические симптомы в форме повышенной тревожности, сверхконтроля над импульсами враждебности и агрессивности, боязни потерять благосклонность значимых людей, стремление к самоутверждению и осознание невозможности выражения этих проявлений.

Из пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки было 17 мужчин, 41 женщина. Средний возраст – $36,8 \pm 0,9$ года. Давность заболевания – $6,34 \pm 0,3$ года. Клинической картине заболевания сопутствовала невротическая симптоматика со стремлением к маскировке собственной неуверенности, демонстрации независимости, повышенным уровнем психоэмоциональной напряженности, тревожности, склонности к перепадам настроения.

При изучении пралогических образований в контексте личностного опыта пациентов и нормативной группы рассматриваются сферы применения пралогических образований: сохранение традиций, межличностные отношения, учебная и профессиональная деятельность, здоровье, семейные аспекты, природная среда, повседневная жизнедеятельность. Ранжирование применения ПрО показало их различную значимость и содержательную предпочтительность в зависимости от сферы жизнедеятельности.

При психосоматических нарушениях предпочитают ПрО в сферах здоровья и природных явлений, которые выступают в качестве исцеляющего источника. Следующие позиции занимают «семья», «повседневность», «сохранение традиций предков», «профессиональная деятельность», «межличностные отношения». В нормативной группе профессиональная и учебная деятельность наря-

ду с сохранением традиций предков и семейными ритуалами являются наиболее востребованными по сравнению с другими сферами жизнедеятельности ($p < 0,01$). Таким образом, преобладание «охранительного сдвига» в содержательной предпочтительности ПрО у больных может свидетельствовать о значительном переживании угрозы жизни, которое отсутствует у здоровых людей.

Анализ жизненных стратегий в нормативной группе и у пациентов свидетельствует об избыточном использовании опоры на действие магических сил больными, что значительно снижает эффективность взаимодействия с реальностью.

На модели нормативной группы установлено, что в процессе изменения социокультурных условий меняются соотношения востребованности жизненных стратегий, включая установление причинно-следственных связей в жизненных ситуациях (рациональная стратегия), опору на традиции или действие магических сил. У людей без нарушений психического здоровья выявляется тенденция к преобладанию рационального способа разрешения жизненных ситуаций с дополнительным использованием традиционных подходов и опоры на действие магических сил. В группе пациентов с психосоматическими нарушениями опора на помощь магических сил и использование традиций в большей степени по сравнению с нормой сохраняют свою значимость, что формирует неэффективные способы взаимодействия с реальностью (табл. 1).

У пациентов на достоверном уровне снижается значение причинно-следственного способа и возрастает роль опоры на традиции, особенно на действие магических сил. При этом показатели опоры на незримые силы в качестве основного и дополнительного способа равномерно распределяются в группе больных, а сумма этих стратегий приближается к показателям установления причинно-следственных связей и опоры на традиции. У пациентов по сравнению с нормой отмечается увеличение стратегии использования магических сил, показатели которой на достоверном уровне значительно превосходят аналогичные в нормативной группе. Недоверие к себе, переживание недостаточности опоры в настоящем обуславливают у больных обращение к магическим силам как способу психологической защиты, на которую можно возложить ответственность за все, что происходит с ними в жизни.

Отвечая на вопрос о том, какие чувства вызывают ПрО, наиболее высокий уровень тревоги демонстрируют пациенты при гипертонической болезни (табл. 2). Наиболее высокий уровень тревоги в отношении ПрО отмечается у пациентов при гипертонической болезни, а также при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (на уровне недостоверно значимой тенденции).

Представляется, что отличные от нормы переживания больных порождаются отношением к верованиям,

которое было свойственно людям на более ранних этапах культурно-исторического развития. У пациентов по сравнению со здоровыми людьми сохраняется большая значимость культовых верований в качестве жизненной стратегии. Как и в периоды прошлого, эти образы вызывают у пациентов чувства страха, тревоги и эмоционального напряжения. По-видимому, пралогические феномены воспринимаются буквально, в их конкретной, а не символической представленности в качестве элемента культуры прошлого. Больные в большинстве случаев верят в реальность магических сил.

Установлены «авторские» способы формирования ПрО. В нормативной группе эти феномены реализуются в качестве стратегий, расширяющих спектр взаимодействия с реальностью. При психосоматических расстройствах эти феномены имеют защитную направленность. В большинстве случаев пациентами востребованы распространенные в социуме способы пралогической защиты.

При изучении пралогической защиты (ПрЗ) с помощью ОВИС установлено, что по сравнению со здоровыми у пациентов отмечается достоверно более высокий уровень пралогической психологической защиты по каждой шкале ОВИС, а также общей выраженности этого феномена. При этом показатели шкал ОВИС находятся в зоне высоких значений, кроме шкалы активного применения первобытного мышления, которая расположена в пределах средних значений с тенденцией к приближению к верхней границе.

Результаты сравнительного изучения ПрЗ у пациентов с психосоматическими нарушениями, выраженные в процентах, представлены на рис. 1.

Эти показатели свидетельствуют о значительных различиях на достоверно значимом уровне каждой из шкал ОВИС между пациентами с гипертонической болезнью и язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Значения компонентов пралогической защиты у пациентов с гипертонической болезнью расположены в зоне высоких значений либо приближаются к ним. Показатели шкал при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки находятся в зоне средних значений ($p \leq 0,01$).

Высокие показатели у больных с гипертонией отмечаются по шкалам пралогического восприятия (74,3), магической тревожности (70,5), применения нетрадиционных способов лечения (70,7). При этом интегративный уровень ПрЗ (68,3) приближается к аналогичным значениям у пациентов с невротическими расстройствами. Многие пациенты, как женщины, так и мужчины (67,9), выделяли приметы и поверья, свидетельствующие о возможных болезнях, гибели и смерти людей из близкого окружения (родственники, друзья, коллеги). Они демонстрировали знание и других областей применения пралогической защиты, но приметам и поверьям, указывающим на неблагоприятное разви-

Таблица 1

Распределение стратегий жизнедеятельности среди больных психосоматического спектра и в норме, %

Выборка исследования	Стратегии жизнедеятельности I – основная, II – дополнительная		
	Установление причинно-следственных связей	Опора на традиции	Действие магических сил
	I—II	I—II	I—II
Психосоматические расстройства	61,3* 32,9 (94,2)*	48,6* 49,4 (98,0)*	35,8* 42,1 (77,9)*
Норма	77,1* 22,9* (100)*	20,8* 41,1 (61,9)*	7,6* 28,0* (35,6)*

Примечание. Звездочкой отмечены достоверные различия между основной и дополнительными стратегиями жизнедеятельности при $0,01 < p < 0,05$.

Таблица 2

Переживание действия магических сил у пациентов и в норме, %

Выборка исследования	Переживание действия магических сил		
	Тревога	Спокойствие	Вызывает улыбку
Норма	20,3*	55,0*	24,7*
Психосоматические расстройства	46,7	43,9	9,4
Гипертоническая болезнь	49,5	39,8	10,7
Язвенная болезнь	43,9	48,0	8,1

Примечание. Звездочкой отмечены достоверные различия при $0,001 < p < 0,05$.

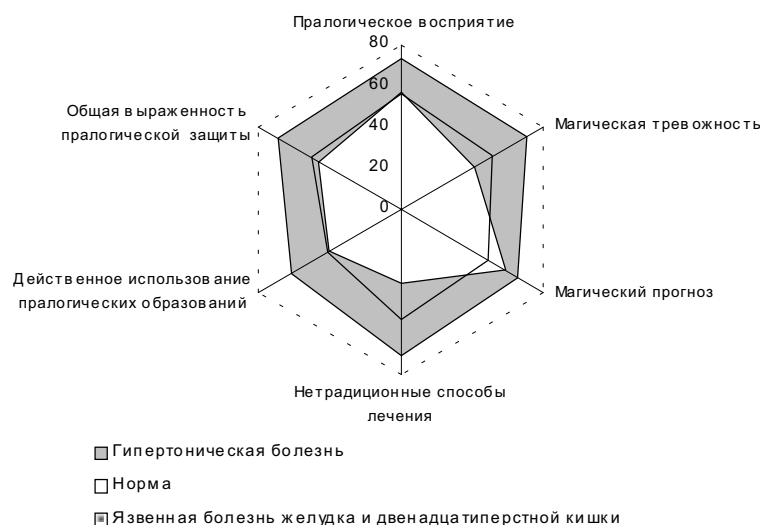


Рис. 1. Распределение показателей пралогической защиты у пациентов с психосоматическими расстройствами и в норме

тие событий, нарушение здоровья или предвещающим гибель человека, придавалось особое значение. Таким образом, при гипертонии выделяется «ипохондрическая» пралогическая составляющая психологической защиты. У этих пациентов, как и при диссоциативных нарушениях, отмечался значительный интерес к гаданиям и гороскопам, к магическим способам предсказания судьбы (65,6), а также высокий уровень магической тревоги (70,5). Если у больных женского пола с ги-

пертонической болезнью значения шкальных оценок превосходили аналогичные, характерные для женщин без нарушений здоровья, то у пациенток с язвенной болезнью выявляются противоположные тенденции.

Так, шкальные оценки пралогического восприятия и магического прогноза на достоверно значимом уровне ($p \leq 0,01$) являются более высокими у женщин без нарушений здоровья. Оценки магической тревожности преобладают (51,7; $p \leq 0,05$) у пациенток. Видимо, более низ-

кие показатели шкал у пациенток с язвенной болезнью по сравнению с нормой обусловлены проявлениями алекситимии в форме нарушения эмоциональной идентификации и искажением переживаний, которые в большей степени свойственны пациентам с язвенной болезнью по сравнению с больными гипертонией. Искажение эмоционального реагирования у пациенток с язвенной болезнью не дает возможности снизить эмоциональное перенапряжение, которое проявляется и на уровне магической тревожности, превышающей нормативные значения.

У пациентов мужского пола показатели шкал магической тревожности и применения нетрадиционных способов лечения значительно превосходят аналогичные показатели здоровых ($p \leq 0,01$). Мужчины без нарушений здоровья превосходят больных только по показателям шкалы магического прогноза (на уровне тенденции). Показатели остальных шкал у мужчин не имеют достоверных различий. Отличия шкальных оценок магической тревожности у пациентов, превышающей показатели здоровых, может свидетельствовать о наличии алекситимии, которая способствует повышению эмоционального напряжения и формированию магической тревожности.

Обобщая результаты проведенного исследования, можно отметить, что выявлены специфика пралогической защиты и ее составляющих в нормативной и нозологической группах; значимость пралогической защи-

ты в системе жизненных стратегий и отличительные проявления ПрЗ в норме и при нарушениях психосоматического спектра.

В нормативной группе пралогическая защита имеет меньшую напряженность и более широкую функциональную направленность. В ситуациях, имеющих особую ценностно-смысловую значимость, ПрЗ может иметь различную векторную направленность и проявляться не только как психологическая защита, но и как стратегия совладания, а также ресурс саморазвития.

Результаты исследования ПЗ свидетельствуют о том, что в современных условиях этот феномен является востребованным в форме верований, суеверий и ритуалов. Эти проявления включаются при взаимодействии человека с реальностью. У пациентов с психосоматическими расстройствами отмечается увеличение применения ПЗ в системе жизненных стратегий, что снижает эффективность средового взаимодействия. В нормативной группе увеличивается рациональный вклад и одновременно снижается значимость опоры на действие магических сил.

Таким образом, феномен пралогических образований как системное образование у людей без психических расстройств содержит качественные отличия по сравнению с больными психосоматическими расстройствами.

Литература

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина: Принципы и применение. М., 2000. 396 с.
2. Анцыферова Л.И. Способность личности к преодолению деформаций своего развития // Психол. журн. 1999. Т. 20, № 1. С. 6–19.
3. Бассин Б.Ф. О силе «Я» и психологической защите // Самосознание и защитные механизмы личности: Хрестоматия. Самара, 2003. С. 3–14.
4. Грановская Р.М., Никольская И.М. Защита личности: психологические механизмы. СПб., 1998. 503 с.
5. Гулина М.А. Терапевтическая и консультативная психология. СПб., 2001. 348 с.
6. Стоянова И.Я. Пралогическое мышление у пациентов непсихотического спектра // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2005. № 3. С. 57–81.
7. Стоянова И.Я. Новые психодиагностические технологии в работе с пациентами непсихотического регистра // Проблемы теории, истории и практики в современных научных исследованиях: Матер. Всерос. науч.-практ. конф. вузов Кузбасса. Кемерово, 2006. Т. 2. С. 203–205.
8. Стоянова И.Я. Психологические особенности системно-уровневой модели адаптации у больных с расстройствами непсихотического спектра // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2006. № 3. С. 94–98.
9. Фрейд А. Психология «Я» и защитные механизмы личности. М., 1993. 345 с.
10. Фрейд З. Психология бессознательного. М.: Просвещение, 1990. 447 с.

PRALOGICAL FORMATIONS IN SYSTEM OF PSYCHOLOGICAL DEFENSE IN PATIENTS WITH PSYCHOSOMATIC DISTURBANCES

I.Y. Stoyanova (Tomsk)

Summary. The article considers pralogical defense specific in patients with psychosomatic disorders. Materials of pilot investigation allowing distinguishing the regularities of pralogical defense manifestations in norm and in health disturbances have been presented.

Key words: pralogical formations, pralogical defense, psychological defense, psychosomatic disorders.