

## МЕТОДИКА «АВТОПОРТРЕТ» КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СЕМЬЕ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ДЦП

Тимофеева И.В. (Екатеринбург, Россия)

*В статье рассматриваются результаты исследований ситуации ребенка, больного детским церебральным параличом, и его взаимоотношений в семье с помощью методики «Автопортрет».*

*Timofeeva I.V. (Ekaterinburg, Russia). "SELF-PORTRAIT" -TECHNIQUE AS A METHOD OF DIAGNOSTICS OF THE RELATIONSHIPS OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY*

*In this article a lot of efforts are being investigated about the child who has children cerebral palsy and his relations in his family with the help of methodics "autoportret".*

Чувство благополучия весьма значимо для всего внутреннего (субъективного) мира личности. Не случайно понятие благополучия выступает центральным в определении здоровья, данным ВОЗ. Благополучие в большей степени обусловлено самооценкой и чувством социальной принадлежности, чем биологическими функциями организма. Оно связано с реализацией физических, духовных и социальных потенциалов человека. На осознание, понимание своего состояния как здорового или болезненного влияют многие факторы социальной и психологической природы. К числу наиболее значимых относится психологическая компетентность личности. Последняя обусловлена особенностями психологической культуры того социума и этноса, к которому принадлежит индивид. Переживания своего здоровья или нездоровья являются очень значимыми в контексте общей самооценки личности, в определении ее «линии жизни», «плана жизни», «жизненного стиля» [7].

Сохранение здоровья и ощущения благополучия возможно лишь при достаточной адаптированности к социальной и природной среде, при непрерывно протекающих процессах адаптации.

В раннем детстве у человека возникает «чувство неполноценности». Он пытается найти средства, чтобы избавиться от этого чувства и не допустить разоблачения своей несостоятельности. Таким средством является бессознательное продуцирование самим индивидом невротических симптомов, помогающих ему добиться своих целей: уклониться от принятия важных для него, но чреватых риском решений, избегать ситуаций, которые могли бы заставить его еще более усомниться в своих силах, привлечь к себе внимание, сохранить и даже повысить самооценку («чего бы только я не добился, если бы не болезнь»). С другой стороны, ему обязательно надо самоутвер-

даться, подчинить остальных своей воле, обрести над ними власть и тем самым компенсировать чувство неполноценности [1].

Хотя компенсация и сверхкомпенсация чувства неполноценности через стремление к превосходству может приносить свои неожиданные плоды, чаще всего, однако, это стремление остается неудовлетворенным, порождая все новые проблемы и резко ограничивая круг интересов личности. Поэтому, как считает Адлер, в жизни человека должны быть иные ориентиры, другой источник душевной энергии. Таким источником является присущая каждому человеку, врожденная потребность ощущать себя частицей мироздания, человечества в целом - «чувство общности». Человек не способен без ущерба для себя жить обособленно от других людей, на что обрекает его желание возвыситься над остальными. В этом смысле чувство общности выступает антитезой стремлению к власти, одновременно являясь мерой душевного здоровья и социальной адаптации личности. Благодаря ему создается основа для пробуждения творческого потенциала личности, формирования оптимистического, позитивного мировоззрения, упразднения чувства неполноценности [1].

Эмоциональная составляющая отношения к здоровью полнее всего раскрывается в доминирующем у личности настроении. Повышенное, бодрое, жизнерадостное настроение приводит к повышению жизненного тонуса и психологической устойчивости, защищает от болезней и создает основу для выздоровления у больных. С другой стороны, ощущения своего здоровья, своих душевных и физических сил, телесного благополучия являются очень важным фактором, предрасполагающим к устойчивому, радостному, работоспособному настроению. Настроение отражает особенности телесного, душевного и духовного бытия человека [4].

Телесное бытие (физическое состояние) человека всегда, так или иначе, отражено в настроении. Чувственную основу настроения образуют, согласно С. Л. Рубинштейну, органическое самочувствие, тонус жизнедеятельности организма и те разлитые, слабо локализованные органические ощущения (интероцептивной чувствительности), которые исходят от внутренних органов. «Однако это лишь чувственный фон, который у человека редко имеет самодовлеющее значение. Скорее даже и само органическое, физическое самочувствие человека зависит, за исключением резко выраженных патологических случаев, в значительной мере от того, как складываются взаимоотношения человека с окружающим, как он осознает и расценивает происходящее в его личной и общественной жизни» [9].

Для человека заболевание, кроме объективно обнаруживаемых изменений и вытекающих из них ощущений, связано с целым рядом переживаний. Л.С. Выготский постулировал, что болезнь не является негативным (противоположным) вариантом здоровья и представляет собой специфическое новообразование, развивающееся в соответствии с внутренними закономерностями нарушенной функции.

Детский церебральный паралич (ДЦП), как известно, выявляется у 5-7% всех детей, причем из каждых ста случаев ДЦП тридцать возникают во внутриутробном периоде, 60 – в момент родов и 10 – после рождения. Известно, что ребенок в первое время жизни не воспринимает себя отдельно от матери, он не разграничивает внутренний и внешний мир, Я и не-Я. Можно сказать, что в функционально-психологическом отношении с позиций психоанализа он представляет собой своеобразное продолжение своей матери, находясь в симбиозе с ней. Это самый главный инструмент взаимодействия новорожденного с окружающей средой. Мать воспринимается как часть собственного тела, само тело не имеет ясных границ, ребенок не в

состоянии воспринимать свои функции иначе как общим и неспецифическим образом. Мать и ребенок образуют психосоматическое единство. Задача этой диады, где главными функциями выступают питание и уход, создание постнатального климата, в котором ребенок находится под защитой материнской опеки. Опека осуществляется с помощью тесного эмоционального и телесного контакта матери и ребенка, при котором ребенок имеет возможность постепенно выделить себя из симбиоза, воспринять свои потребности и соматические функции, чтобы обрести чувство и сознание собственного тела.

Так, R. Spitz в своих исследованиях госпитализма показал, что дети, в самом раннем возрасте лишенные достаточно эмоционально насыщенного телесного контакта с матерью или другим воспитывающим лицом, после «критического периода» в возрасте шести месяцев вступают в необратимый процесс соматической деструкции. Данный автор видит в этом проявление инстинкта разрушения, высвобождающегося в результате отсутствия любящего объекта. Таким образом, можно предполагать, что развитие основных соматических функций и типов реагирования связано с предпосылкой жизненно важного эмоционально-телесного взаимодействия матери и ребенка в раннем симбиозе. В процессе такого симбиоза ребенок интериоризирует (присваивает) установки и поведение матери по отношению к нему, развивая тем самым соматическое Я. Поэтому, с одной стороны, возникает чувство Я в смысле восприятия собственного соматического существования, с другой – предпосылка для формирования активной коммуникации, т.е. развитие и дифференцирование функций Я.

В работах Г. Аммон указывается на прямую зависимость психологических проблем матери и ребенка. «Мать, которая не смогла найти и развить собственную идентичность в своей семье, имеет нереалистично завышенный образ идеальной матери и идеального ребенка... Такая мать воспринимает собственного ребенка дефектным. Защищаясь от этого, мать навязывает ребенку свое собственное бессознательное требование совершенства, по большей части в форме жесткого контроля всех его жизненных проявлений, в особенности соматических функций. На протест ребенка против этого насилия, оставляющего его потребности неудовлетворенными, мать реагирует непониманием и враждебностью. Лишь соматическое заболевание ребенка позволяет матери подтвердить свое бессознательное идеальное представление о себе как о совершенной матери и наградить за это ребенка действительным вниманием и заботой», - пишет Г. Аммон. При этом, как указывает данная исследовательница, психосоматическое заболевание имеет двойную функцию. С одной стороны, оно дает матери возможность избежать собственного конфликта амбивалентного отношения к ребенку и предоставляет ту форму общения, которая созвучна ее бессознательным опасениям и страхам. С другой стороны, ослабление контроля с позиции матери дает ребенку возможность получить свободу маневра для развития функций своего Я.

Обратившись к проблеме бессознательных механизмов взаимодействия в диаде «мать - ребенок» Г. Аммон обратила внимание на процессы формирования отношений данной диады с другими группами, в первую очередь, с семьей, в которую вошел ребенок. Мать здесь выступает посредником, представляя ребенку внешнюю группу, а окружению – потребности ребенка. Ведь ребенок не только формируется группой, он и сам меняет ее жизненную ситуацию, в которую входит при рождении, уже до рождения влияя на поведение и фантазии членов семьи. Как считает данный исследователь, именно динамика межличностных отношений матери и ребенка в рамках первичной группы (семьи) ответственна за генез психосоматических заболеваний. Так, в проведенных ею исследованиях было установлено, что в симптоматическом поведе-

нии ребенка всегда проявляется бессознательный конфликт матери в ее отношениях с ребенком, самой собой и лицами ближнего окружения, который вытесняется и матерью, и семьей. «Психосоматическое заболевание ребенка проявляется всегда, - пишет Г.Аммон, - когда ребенок использовался матерью как инструмент в борьбе со своими неразрешенными конфликтами... Но также и тогда, когда мать воспринимает притязания ребенка на эмоциональное внимание как угрозу собственной личности и эмоционально уходила в себя» [2].

Попытки исследовать ситуацию ребенка, больного ДЦП и его взаимоотношений с семьей были осуществлены нами с помощью методики «Автопортрет». Выборку исследования составили 90 детей и подростков, имеющих нарушения интеллектуальной сферы (группа № 1) и 216 детей и подростков без нарушений (группа № 2), страдающих ДЦП. Половая принадлежность распределилась следующим образом: 70% мальчиков и 30% девочек, что соответствует в целом половому распределению мальчиков и девочек в генеральной совокупности.

Методика «Автопортрет» (К.Маховер) это проективный рисуночный тест, применяющийся с целью диагностики бессознательных эмоциональных компонентов личности (самоотношение, самооценка, актуальное состояние, невротические состояния тревожности, страха, агрессивности). По определению К. Маховер, автопортрет – это изображение человека, созданное им самим. Изображая себя, человек воссоздает основные черты собственных телесных нужд и внутренних конфликтов. Богатая проекция личностной динамики, проявляющаяся в рисунке, открывает для метода возможность анализа достоинств и конструктивных потенций, равно как и анализа нарушений.

В процессе интерпретации схемы тела можно судить, полностью ли соответствует полученная графическая продукция физическим и психологическим переживаниям человека, какие органы тела несут определенный смысл, каким образом соматически закреплены и обозначены желания человека, его конфликты, компенсации и социальные установки.

Обработка результатов теста «Автопортрет» проводилась с помощью контент-анализа – подсчета повторяемости изучаемых явлений. Методика выделяет критерии признаков тревожности, агрессивности, депрессивного состояния и наличия страхов; нами подсчитывались частота встречаемости указанных критериев. Считается, что такие «критерии перечисленных признаков отражают существенные стороны содержания, результаты анализа становятся в достаточной мере объективными» [6].

Существует несколько возможных интерпретаций результатов данного теста. В соответствии с целями и задачами нашего исследования мы использовали следующие трактовки. Общая социально обусловленная система значений дает представление о социальном поведении человека: это общественно принятые моторные и физические проявления негативных и позитивных эмоций, установок, контактность, экстра- и интровертированность. Психосоматическая корреляция телесной экспрессии может исходить из собственного специфического опыта индивида, основанного на эмоциональных особенностях, присущих ему лично [5]. Для нашего исследования особое значение имели подобные проекции в соответствии с базовыми личностными особенностями пациентов с ДЦП, способами телесного и эмоционального выражения расстройства. Характер интерпретаций в рамках психосоматического подхода базируется на группировании признаков: тело (центр и средоточие всех побуждений, конфликтов, душевных переживаний), голова и части лица (локализации Я и социальные чер-

ты), различные части тела (способ выражения душевных конфликтов и возможностей к адаптации), одежда (отношение к себе и внешние границы), структурные и формальные аспекты, связанные с детализацией рисунка, комментариями, использованием символики. Проекция внутренних конфликтов дает наглядное представление о наличии и динамике депрессивного состояния, страхов, уровня тревожности и агрессивности подростков и детей экспериментальной и контрольной групп.

Рассмотрим результаты теста «Автопортрет», представленные в таблице 1. Как было указано выше, «здоровый симбиоз», обеспечивающий нормальное психическое развитие ребенку, заканчивается максимум к 3 годам [2]. В более позднем возрасте симбиоз с матерью препятствует удовлетворению потребности ребенка в автономии, различению границ Я - не Я, укреплению Эго, способствует формированию беспомощности и связанной с ней тревожности. Происхождение тревоги у подростков с ДЦП можно объяснить, используя в качестве методологической основы теорию О. Ранка. На протяжении всей жизни человек испытывает нормальную тревогу при «отделении» от других, ее преодоление ведет к большей независимости и построению взаимоотношений на более высоком уровне. С точки зрения О. Ранка, тревога представлена в двух формах: как боязнь жизни, т.е. тревога при движении к своей неповторимости, автономии, и боязнь смерти, т.е. тревога потери своей личности, возникающая, когда человек «застревает» в ситуации зависимых, симбиотических отношений [8].

Ребенок с ДЦП испытывает тревогу, связанную как с отделением, так и с поглощением. Симбиотические отношения иллюзорно дают возможность преодолеть беспомощность, но усиливают тревогу. У подростков с ДЦП можно говорить о невротической тревоге, т.к. она неадекватна объективной опасности, включает в себя вытеснение, подростки ограничивают свои действия и сужают поле сознания с помощью невротических защитных механизмов, в том числе и такого как «развитие симптома».

### *Психологическое состояние детей после проведенного теста «Автопортрет»*

*Таблица 1*

<i>Критерии признаков</i>	<i>Дети с нарушением интеллекта</i>	<i>Дети без нарушения интеллекта</i>
	<i>n=90</i>	<i>n=216</i>
<b>1. Агрессивность</b>		
Сильный нажим	30%	15%
Жирный контур рисунка	36%	17%
Ноги расставлены	33%	22%
Выделены ноздри, рот	23%	18%
Руки большие, подчеркнутые	25%	10%
Наличие оружия, др. подобных предметов	0%	2%
Глаза – пустые глазницы	24%	15%
Длинные острые пальцы	20,5%	11%
<b>2. Депрессивность</b>		
Очень маленькие рисунки	8%	4%
<b>3. Фиксация на своей проблеме</b>		
Стирание фигур(ы) без улучшения качества	2,5%	3%

<b>4. Трудности адаптации в социуме</b> Отсутствие частей тела у фигур	8%	13,2%
<b>5.Отставание в интеллектуальном развитии или стрессовые состояния</b> Рисование простым карандашом	20,5%	8,5%
<b>6. Преобладание цвета</b> - Зеленый - Желтый - Красный - Коричневый - Черный	5% 8% 25,5% 2,5% 20,5%	6,5% 12% 14% 11% 3%
<b>7. Заниженная самооценка</b> - Расположение фигур в нижней части рисунка - Рисунок очень маленький - Руки за спиной или отсутствие руки, ноги - Непропорциональные руки, ноги	8% 5% 2,5% 33%	3% 3% 5% 17%
<b>8. Враждебность в семье</b> - Руки раскинуты в стороны - Пальцы длинные, подчеркнутые	25,5% 20,5%	17% 10%
<b>9. Тревожность</b> - Много стираний - Интенсивно затушеванные волосы - Выделение отдельных частей тела: туловище голова руки ноги	0% 5% 18% 20% 22% 2,5%	3% 8,5% 10% 26% 39% 46%

Наличие тревожности как актуального эмоционального состояния личности детей и подростков с ДЦП выражается в выделении головы, рук и ног, причем чаще эти части тела выделяются пациентами без нарушений интеллекта. Большинство испытуемых рисует только голову, что диагностируется как хроническая фрустрация основных базовых потребностей личности.

Анализ результатов проведения методики «Автопортрет» позволил выявить агрессивность пациентов с ДЦП, которая тесно коррелирует с тревожностью, причем связь обратно-пропорциональная ( $r = -0,47$  при  $p < 0,0006$ ). Сильный нажим и контур рисунка отмечается у 17,% испытуемых без нарушений интеллекта и у 36% детей с нарушениями интеллектуальной сферы. Данная обратная корреляционная зависимость свидетельствует, что у этих пациентов при повышении уровня тревожности понижается уровень агрессивности. Реализация агрессивных тенденций истощает организм человека, поэтому большинство соматических жалоб таких пациентов связано с астеничностью. Испытуемые демонстрируют следующую картину наличия депрессивных состояний и фиксирования на своей проблеме: очень маленькие руки, стирание без улучшения, рисование простым карандашом. У большинства детей с нарушениями интеллекта выявлено предпочтение красного и черного цветов в рисунке, что трактуется как страх активности, что позволяет предполагать какие-то воспитательные меры со стороны семьи, связанные с запретом активности таких детей. Данное

предположение подтверждается выявленными проявлениями враждебности в семье у каждого четвертого пациента с нарушениями интеллекта и у 17% детей без нарушений интеллектуальной сферы.

Наше исследование позволило выявить психологическое состояние у детей и подростков с ДЦП: во-первых, «неотработанные» отношения с родителями: симбиоз с матерями и невозможность отца оказать поддержку подросткам обоих полов в индивидуации, как следствие - неудовлетворенная потребность в индивидуальной любви; во-вторых, переживания подростка в связи агрессивностью, враждебностью, конфликтностью, проявляющимися в семье, и, как следствие, амбивалентные потребности демонстрировать себя - скрывать свое Я, потребность в социальных ролях - отказе от социальных ролей, что требует серьезного пересмотра всей системы реабилитации таких пациентов.

### *Литература*

1. Адлер, А. Практика и теория индивидуальной психологии [Текст] / А Адлер. - СПб.: Питер, 2003. - 256с.
2. Амон, Г. Психосоматическая терапия [Текст] / Г. Аммон. - СПб.: Речь. 2000.- 338 с.
3. Выготский, Л.С. Избранные психологические исследования [Текст] / Л.С. Выготский. – М., 1956. – 356 с.
4. Куликов, Л.В. Здоровье и субъективное благополучие личности [Текст] / Л.В. Куликов // Психология здоровья /Ред. Г.С.Никифоров. СПб., Изд-во СПбГУ, 2000. С. 405-442.
5. Маховер, К. Проективный рисунок человека [Текст] / К. Маховер. – М., 2006. – 158 с.
6. Носс, И.Н. Введение в практику психологического исследования [Текст] / И. Н. Носс, Н. В. Васина. – М., 2004. - 348 с.
7. Психология здоровья [Текст] / Г.С. Никифоров, В.А. Ананьев, И.Н. Гурвич и др.; под ред. Г.С. Никифорова. - СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2000. 504 с.
8. Rank O. Das Trauma der Geburt. Wien, 1924.
9. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии [Текст] / С.Л. Рубинштейн. - Питер, 2000. – 720 с.
10. Шпиц, Р.А. Психоанализ раннего детского возраста [Текст] / Р.А. Шпиц. - М.: СПб.: 2001.- 159 с.