

УДК 159.9.07

## КОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ВТОРИЧНЫЙ СИМБИОЗ<sup>1</sup>

© 2020 г. Т. А. Ребеко

ФГБУН Институт психологии РАН;  
129366, г. Москва, ул. Ярославская, д. 13, Россия.

Кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник лаборатории  
психологии способностей и ментальных ресурсов им. В.Н. Дружинина  
E-mail: rebekota@yandex.ru

Поступила 27.08.2019

*Аннотация.* Исследование проведено в рамках проблемы психологической сепарации и симбиоза. Предполагалось, что психосоматические кожные заболевания можно рассматривать как “следствие” нарушений первичного контакта матери—младенца и как формы вторичного симбиоза, посредством которого строится компенсаторная граница Эго и определяется идентичность. Эмпирическое исследование проведено на выборке из 72 женщин в возрасте от 20 до 40 лет,  $Me = 37$  лет (30 здоровых женщин, 17 страдающих псориазом и 25 страдающих атопическим дерматитом) с использованием Я-структурного теста Аммона (*ISTA*). Показано, что клинические проявления и шкалы внутреннего и внешнего Я-отграничения можно интерпретировать в случае атопического дерматита как проявление тенденции к слиянию, а в случае псориаза — как тенденции к избеганию. Проведенное исследование указывает на необходимость более дифференцированного анализа внешних и внутренних границ Эго (дефицитарных, деструктивных и конструктивных Я-отграничений) и связанных с ними психологических проблем, сопутствующих разным нозологическим группам кожных заболеваний.

*Ключевые слова:* шкалы внешнего и внутреннего Я-отграничения, тест Аммона (*ISTA*), первичный и вторичный симбиоз, сепарация, кожа, атопический дерматит, псориаз, границы Эго.

DOI: 10.31857/S020595920008567-9

Особенности раннего взаимодействия матери и младенца имеют решающее значение для последующего развития ребенка. Тактильные ощущения играют важную роль как средство общения между матерью и младенцем, так как кожа является основным и древнейшим каналом довербального общения. “Первые обмены между матерью и новорожденным являются преимущественно тактильными и визуальными: они трогают друг друга и смотрят друг на друга” [12, с. 64]. По словам Б. Фельдмана, “младенец имеет потенциал для интегративного опыта с рождением и этот опыт опосредуется через интерактивный телесно-эмоциональный диалог с матерью” [9, с. 189].

Первичный симбиоз матери и младенца не описывается биологической концепцией симбиоза. Симбиоз как психологический термин “описывает не взаимовыгодные отношения между двумя отдельными индивидами со своими различными особенностями, а то состояние недифференцированности, или слияния, с матерью, в котором Я пока

что не отделяется от не-Я и в котором только начинают ощущаться различия между внешним и внутренним” [2, с. 77].

По словам Дж. Лютенберга, первичный симбиоз — “это основа, на которой происходит психическая дифференциация” [13, с. 114]. Функция этого симбиоза описывается следующим образом: «Первые несколько месяцев постнатальной жизни психическая структура матери играет роль контейнера для психики младенца. Этот контейнер держит в качестве своего “содержания” изменяющуюся психику ребенка в творческом развитии» [13, с. 107].

Э. Бик ввела понятие первичной кожи, которая формирует “конверт” и позволяет младенцу удерживать части личности вместе. По словам автора, части личности в наиболее примитивной форме переживаются как не обладающие силой, связывающей их, и “поэтому они должны в известном смысле удерживаться вместе тем, что переживается ими пассивно, — кожей, функционирующей в качестве границы” [9, с. 188]. Кожа выполняет функцию связывания (“слипания”) частей

<sup>1</sup> Исследование выполнено по госзаданию № 015920200008.

личности, которые еще не отдифференцированы от частей тела.

Д. Анзье (в развитие идеи Э. Бик) ввел понятие “Я-кожа”, с помощью которого Эго репрезентирует себя на основании опыта поверхности тела. В случае благоприятного развития “ощущения собираются вместе, чтобы сформировать более интегрированный опыт тела-самости (*body-self*)” [12, с. 64]. В работе Б. Фельдмана на материале наблюдения за младенцем по методу Э. Бик делается вывод о том, что “взаимодействия между младенцем и матерью, включающие поверхность тела, кожу, являются критически важными для развития у ребенка чувства отграниченного внутреннего пространства, которое отсепарировано от внешнего мира посредством границы, которая переживается как кожа” [9, с. 177]. По мере развития первичной кожи происходит дифференциация внутренней и внешней реальности [8, с. 294]. Фр. Тастин, наблюдая аутистов, у которых эта граница не сформирована, сделала вывод о том, что признание ребенком того, что он имеет кожу, означает, “что он должен принять тот факт, что поток его телесности может окончиться. <...> До этого момента не осознается, что телесность имеет окончание и границы” [19, с. 56–57].

Именно репрезентация границы тела позволяет младенцу адаптироваться к внешнему миру и ментально выделить себя в качестве индивида: “Кожа ребенка благодаря как внутреннему ощущению, которое она вызывает, так и благодаря тому, что она создает границу с кожей матери, переживается способной как удерживать, так и содержать самого ребенка” [15, с. 41]. Отмечается, что “если этот опыт кожи как границы между внутренней и внешней реальностью получен, то индивид способен проживать опыт внутри его собственной индивидуальной кожи как сепаратный, но взаимосвязанный со значимыми другими” [9, с. 177]. Именно поверхность кожи и опыт раннего взаимодействия с матерью предопределяют последующий контакт человека с внешним миром. Более того, качество взаимодействия при касании является основным фактором, который в последующем “предопределяет развитие привязанности” [12, с. 66].

Опыт “пространства тела” является первым пространством, которое потом становится психическим пространством, позволяющим дифференцировать “внутри—снаружи”. Пространство тела, которое формируется в симбиозе матери и младенца, позволяет перейти к построению психического пространства [17, с. 88]. Психическое пространство является основой для последующего развития и построения ментального пространства — “динамической

формы ментального опыта, которая актуализируется в условиях познавательного взаимодействия субъекта и объекта” [6, с. 138].

Построение пространства тела и репрезентация его границ происходят во взаимодействии с матерью. Как указывает М. Род, важнейшую роль в переживании кожи как границы психического играет мать. Ее способность “к детоксикации” и ментализации соматических переживаний позволяет младенцу интегрировать тот «психический материал, который ранее в качестве “своего” им не воспринимался» [16, с. 240].

Нормативный этап симбиоза завершается этапом сепарации. Следует различать сепарацию и брошенность. “Брошенность является травматическим опытом и отличается от прочих форм сепарации, в которых переживается печаль, тоска и горевания” [7, с. 196]. В случае брошенности у младенца “нет интернализованного образа матери, которая может физически держать и ментально удерживать своего ребенка, потому что актуальная мать оставила своего ребенка без посреднической и контейнирующей функции. Опыт, который не был опосредован матерью, который не был обеспечен материнской матрицей, отщепляется, диссоциируется и не интегрируется с остальными частями личности” [7, с. 196]. Если мать не смогла обеспечить надлежащий холдинг (надлежащую заботу) и ребенок не чувствует себя в безопасности, то он будет искать “психический эквивалент” для психической кожи, “в попытке создать для себя ощущение, что рудиментарные части его личности могут как-то быть соединены вместе” [21, с. 490]. Если контейнирующая функция “общей кожи” с матерью нарушена, то формируется “конверт страданий” [12, с. 162]. В том случае, “если нормальная симбиотическая континуальность между матерью и младенцем прерывается из-за травматических обстоятельств”, то, по словам Александры Леммы, возникает “психическая абортация”.

И тогда отщепленные части Эго строят “новую защиту — вторичный симбиоз, который замораживает ментальную эволюцию этой отщепленной части” [13, с. 115]. Эта структура “выживает как замороженная часть, и никакая психическая трансформация по мере взросления не происходит внутри нее” [13, с. 115].

Продолжая идею о поступательном развитии пространства тела в психическое пространство, можно предположить, что вторичный симбиоз — это такое ментальное пространство, в котором представления о внешнем и внутреннем пространстве не дифференцированы. В том случае, если процесс сепарации младенца от матери был

нарушен, происходит развитие так называемой второй кожи. С помощью понятия “вторая кожа”, введенного Э. Бик, описывается защитная структура личности, которая обеспечивает псевдонезависимый “*modus vivendi* — мускульный или интеллектуальный панцирь, при котором допускается само-контейнирование, но отрицается нужда во внешнем объекте” [10, с. 209]. Вторая кожа может создавать впечатление псевдонезависимости, “как если бы индивид был автономным, но на самом деле он все время стремится прилипнуть к поверхности таким образом, чтобы ощущать себя в потоке опыта” [20, с. 51].

Одним из способов патологического разрешения проблемы симбиоза являются повреждения кожи (пирсинг, тату). Анализ самоповреждений кожи позволяет заключить, что “увечья кожи являются попыткой поддержать границы тела и эго, а также помочь индивиду чувствовать себя неповрежденным и целостным” [12, с. 161].

Не только повреждения кожи, но и кожные заболевания можно рассматривать как “следствие” нарушений первичного контакта матери и младенца, а также как формы вторичного симбиоза. Кожные заболевания в числе других часто рассматриваются как психосоматические, т.е. как “преждевременное использование тела для выражения психических страданий и их удержания” [11, с. 236].

В данном исследовании мы хотим рассмотреть особенности психосоматики кожи в двух случаях — в случае псориаза и атопического дерматита. Ранее мы показали, что данная выборка участников исследования отличается от группы “норма” по параметрам конструктивных Я-отграничений и дефицитарных Я-отграничений [4]. В настоящем исследовании экспериментальная выборка участников исследования была увеличена. Выбор двух нозологических групп — “псориаз” и “атопический дерматит” — обусловлен тем, что эти группы людей с заболеваниями кожи психосоматического происхождения имеют отчетливое различие как в симптоматике заболевания, так и в психологических портретах взаимодействия с внешним миром.

Псориаз — это кожное заболевание, которое проявляется в образовании бляшек в результате ускоренного созревания мезенхимы. По словам Х. Ульника, в случае псориаза “клетки размножаются и мигрируют из базального слоя к поверхности столь быстро, что сплошной слой не успевает созреть и сформироваться; в результате непрерывно образуются толстые сухие серебристые чешуйки, которые едва удерживаются на поверхности” [5, с. 139]. Далее автор проводит параллель между клиническим описанием болезни и ее психологическим смыслом:

“...точно так же, как зародышевые клетки кожи должны присоединяться к мезенхиме, чтобы иметь возможность, дистанцируясь, расти и дифференцироваться от нее, так и мы, люди, тоже должны привязываться к объектам, чтобы иметь возможность расти и крепнуть” [5, с. 139–140]. Медицинское описание псориаза также возможно интерпретировать как метафору процесса сепарации: у тех индивидов, которые страдают от псориаза, “пораженная кожа содержит как живые, так и мертвые клетки, что препятствует естественному процессу линьки из-за отсутствия дифференцировки между ними” [14, с. 95]. Таким образом, псориаз можно рассматривать как поспешный выход из первичного симбиоза и “прыжок” во вторичный симбиоз, как “отрыв от матери” без прохождения необходимого этапа дифференциации своего и чужого, нового и старого.

Атопический дерматит имеет другую картину болезни. Многие авторы говорят об атопическом дерматите как патологическом развитии экземы, как о “плачущей коже”. Таким образом, атопический дерматит также можно рассматривать как попытку задержаться на стадии первичного симбиоза, как протестную реакцию на сепарацию, которая представляется младенцу слишком жесткой. Метафорически можно сказать, что младенец еще не “насытился” состоянием первичного симбиоза. По словам Мары Сидоли, травматичным для младенца является отрыв от матери в тот момент, когда мать и младенец находятся в слиянии и когда “контейнирующая функция матери еще не может быть дифференцирована ни матерью, ни младенцем” [18, с. 179]. В случае “отрыва” младенец ощущает себя “без кожи”. По словам автора, дети, у которых мать не понимала их психическую боль, имели тенденцию к соматизации, в частности, через крик боли, вызванный экземой [18, с. 189]. Можно переформулировать и сказать, что мать не была готова разделить с младенцем “общую кожу”.

Описанная симптоматика кожных заболеваний позволяет соотнести их с проблемами, связанными с выходом из симбиоза. “Обострение заболевания у пациентов происходит, как правило, после значимых ключевых эпизодов, среди которых сепарации... занимают очень важное место... Другой весьма распространенной особенностью является установление характерных симбиотических отношений, в которых немыслима сепарация” [5, с. 139].

Организация структуры Я и защиты Я в форме построения “второй кожи” и “вторичного симбиоза” является обоснованием выбора в качестве

инструмента исследования Я-структурного теста Аммона (*ISTA*).

Г. Аммон соотносит “возникновение соматического Я” с особенностями ранних отношений матери и ребенка: “Ребенок в первое время жизни не воспринимает себя отдельно от матери, он не разграничивает внутренний мир и внешний, Я и не-Я. 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, они живут в диадном симбиозе. Задача этой диады, наряду с питанием и уходом, обеспечивающим функциональное поддержание жизни ребенка, создать постнатальный климат, в котором ребенок под защитой материнской опеки с помощью тесного эмоционального и телесного контакта с ней имеет возможность постепенного восприятия своих потребностей и соматических функций, чтобы таким образом обрести чувство и сознание собственного тела” [1, с. 58–59]. Хотя Г. Аммон не рассматривал в рамках своей концепции кожные заболевания, вышесказанное позволяет сформулировать теоретическую гипотезу.

**Теоретическая гипотеза исследования:** кожные заболевания психосоматического происхождения (псориаз и атопический дерматит) являются проявлением вторичного симбиоза, в котором деформированы представления о внешнем и внутреннем. Из этого следует, что у женщин, страдающих хроническими кожными заболеваниями (псориазом и атопическим дерматитом), в той или иной форме проявляется вторичный симбиоз, не формирующийся у здоровых женщин. Предполагается, что в группе “псориаз” выражены дефекты, сопряженные с несостоявшимся или преждевременно прерванным первичным симбиозом, а в группе “атопический дерматит” — связанные с затянувшимся первичным симбиозом.

**Эмпирическая гипотеза:** разные виды Я-отграничений могут служить индикаторами психологических проблем, сопутствующих разным нозологическим группам кожных заболеваний. В группе “псориаз” (ПС) граница Я представлена такими эмпирическими конструктами, которые можно интерпретировать как тенденцию к разрыву, отгороженности, а в группе “атопический дерматит” (АД) — как тенденцию к “слиянию”.

**Цель проведенного квазиэкспериментального исследования** состоит в выявлении сопряженности между репрезентацией границ Эго и проявлением кожных заболеваний психосоматического происхождения.

**Предмет исследования:** внешние и внутренние границы Эго.

**Объект исследования:** женщины, страдающие псориазом и атопическим дерматитом.

**Задачи исследования:**

— выявление сопряженности между шкалами Я-отграничений (конструктивной, деструктивной и дефицитарной) структурного теста Г. Аммона [3] и двумя видами психосоматических кожных заболеваний;

— сравнение полученных результатов со стандартными оценками по шкалам Я-структурного теста Г. Аммона в группах женщин, страдающих и не страдающих психосоматическими кожными заболеваниями.

## МЕТОДИКА

**Методы исследования.** Методика “Я-структурный тест Аммона” (*ISTA*), прошедшая апробацию на российской выборке [3].

В тесте Г. Аммона выделено шесть основных Я-функций, каждая из которых оценивается по трем шкалам (конструктивность, деструктивность и дефицитарность). В данном исследовании приводятся результаты только по двум функциям “Внешнее Я-отграничение” и “Внутреннее Я-отграничение” (конструктивное, деструктивное и дефицитарное). Каждая из шкал имеет содержательную интерпретацию.

Считается, что “конструктивное внешнее Я-отграничение обеспечивает наилучшую способность приобретения опыта при одновременной защите от наплыва внешних событий” [3, с. 38]. Указывается, что “конструктивное внутреннее Я-отграничение отвечает за способность различать внешнее и внутреннее, за дифференцированность восприятия внутренних переживаний, телесных ощущений и собственной активности” [3, с. 297].

Дефицитарное внешнее Я-отграничение отвечает за построение барьера между личностью и внешним окружением. «Если внешнее отграничение не удастся, “Я” в своих важнейших аспектах остается недоразвитым и недифференцированным» [3, с. 98]. Согласно интерпретации теста, человеку с низкими значениями по шкале дефицитарного внутреннего Я-отграничения “трудно дифференцировать и объяснить испытываемые чувства, он кажется себе эмоционально диффузным. Он не может различать между важным и несущественным, испытывает страх оказаться во власти других людей в результате неспособности дифференцировать

между эмоциями и потребностями других людей и своими собственными» [3, с. 102]. «Деструктивное внешнее Я-отграничение проявляется в отсутствии интереса... в других людях, событиях и окружающем мире... человек никого и ничего “не подпускает к себе”» [3, с. 37–38]. «Деструктивное внутреннее Я-отграничение характеризуется жестко закрытыми границами “Я”, у человека отсутствует подход к своему бессознательному» [3, с. 39].

**Участники исследования.** В исследовании участвовало 72 женщины в возрасте 20–40 лет,  $Me = 37$  лет (30 — здоровых (НОРМ), 17 — страдающих псориазом (ПС) и 25 — атопическим дерматитом (АД)).

**Процедура исследования.** Исследование проводилось на добровольной основе. Мотивацией к участию в исследованиях двух групп женщин (ПС и АД) служила озабоченность заболеванием. Группа контраста (здоровые женщины, НОРМ) получала возможность обсудить личностные проблемы с психологом в качестве бонуса по окончании исследования.

Обработка данных проводилась с помощью пакета *Statistica* 8.0. Использовался непараметрический критерий Краскела–Уоллиса.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Данные о выраженности двух Я-функций, измененных с помощью опросника “Я-структурный тест Аммона” у трех групп участников исследования, представлены в табл. 1.

В таблице приведены среднее значение, медиана, минимум, максимум и стандартное отклонение для каждой группы участников исследования по каждой из двух Я-функций (внешнее Я-отграничение и внутреннее Я-отграничение), которые оценивались по трем шкалам (конструктивность, деструктивность и дефицитарность).

**Таблица 1.** Описательная статистика результатов измерения двух Я-функций в группах НОРМ, АД и ПС

	Группа НОРМ					Группа АД					Группа ПС				
	$\bar{M}$	$Me$	$min$	$max$	$SD$	$\bar{M}$	$Me$	$min$	$max$	$SD$	$\bar{M}$	$Me$	$min$	$max$	$SD$
<b>Шкалы внешнего Я-отграничения</b>															
Конструктивное	8.57	5	2	11	2.26	4.88	3	2	6	1.37	3.41	9	3	12	2.46
Деструктивное	5.47	4	2	7	1.28	4.0	10	5	13	2.41	9.76	5	2	9	1.77
Дефицитарное	4.57	10	6	13	1.98	9.72	2	1	4	0.96	2.71	5	2	8	1.55
<b>Шкалы внутреннего Я-отграничения</b>															
Конструктивное	8.23	5	2	9	2.06	5.2	3	2	6	0.93	3.0	8.5	3	12	2.36
Деструктивное	4.1	2	0	6	1.46	2.72	11	7	13	1.49	10.12	4	2	7	2.47
Дефицитарное	5.1	9	5	11	1.40	8.72	3	1	4	1.27	2.88	5	3	7	1.24

Результаты множественного сравнения по критерию Краскела–Уоллиса представлены в табл. 2. В таблице указаны значения рангов по критерию Краскела–Уоллиса для каждой группы участников исследования для всех видов Я-отграничений, направления различий между ними и уровень значимости выявленных различий. Высокозначимые различия выделены жирным шрифтом.

Как видно из табл. 2, группа здоровых женщин достоверно отличается по шкале конструктивного внешнего Я-отграничения от двух экспериментальных групп ( $H(2, N = 72) = 35.635, p < 0.000$ ). Достоверных различий по данному параметру между группой ПС и АД нет. Результаты свидетельствуют о том, что в группах АД и ПС переменная “Конструктивное внешнее Я-отграничение” имеет заниженные значения. Полученная оценка для группы НОРМ = 8.57 (нормативная средняя оценка по тесту, приведенная в [3], равна 8.59) не отличается от нормативных данных ( $t$ -критерий Стьюдента для одной выборки  $t = -0.05, df = 29, p = 0.95$ ).

По шкале конструктивного внутреннего Я-отграничения получены значимые различия между всеми группами ( $H(2, N = 72) = 40.28, p < 0.000$ ). Результаты свидетельствуют о том, что переменная “Конструктивное внутреннее Я-отграничение” принимает максимальные ранговые значения в группе НОРМ и значимо снижена в группах АД и ПС. Следует отметить, что полученная оценка для группы НОРМ = 8.23 (нормативная средняя оценка по тесту, приведенная в [3], равна 9.83) ниже нормативных значений ( $t$ -критерий Стьюдента для одной выборки  $t = -3.76, df = 29, p = 0.0009$ ).

По шкале дефицитарного внешнего Я-отграничения получены значимые различия между всеми группами ( $H(2, N = 72) = 53.5, p < 0.000$ ). Группа АД имеет сверхвысокие значения, а группа ПС — сверхнизкие. Группа НОРМ имеет средние значения по данному параметру. Полученная оценка для группы НОРМ = 3.54 (нормативная средняя оценка по тесту, приведенная в [3], равна 4.56) не отличается от нормативных данных ( $t$ -критерий

**Таблица 2.** Различия между группами НОРМ, АД и ПС в выраженности разных видов Я-отграничений

Конструктивное внешнее Я-отграничение			Дефицитарное внешнее Я-отграничение			Деструктивное внешнее Я-отграничение		
Значения рангов	Направление различий	<i>p</i>	Значения рангов	Направление различий	<i>p</i>	Значения рангов	Направление различий	<i>p</i>
53.133 (Норм) 29.00 (АД)	Норм > АД	0.000	30.050 (Норм) 59.540 (АД)	Норм < АД	0.000	35.717 (Норм) 20.880 (АД)	Норм > АД	0.026
53.133 (Норм) 18.176 (ПС)	Норм > ПС	0.000	30.050 (Норм) 14.00 (ПС)	Норм > ПС	0.035	35.717 (Норм) 60.853 (ПС)	Норм < ПС	0.000
29.00 (АД) 18.176 (ПС)	АД > ПС	0.299	59.540 (АД) 14.00 (ПС)	АД > ПС	0.000	20.880 (АД) 60.853 (ПС)	АД < ПС	0.000
Конструктивное внутреннее Я-отграничение			Дефицитарное внутреннее Я-отграничение			Деструктивное внутреннее Я-отграничение		
Значения рангов	Направление различий	<i>p</i>	Значения рангов	Направление различий	<i>p</i>	Значения рангов	Направление различий	<i>p</i>
53.000 (Норм) 32.120 (АД)	Норм > АД	0.000	31.600 (Норм) 58.620 (АД)	Норм < АД	0.000	34.167 (Норм) 20.620 (АД)	Норм > АД	0.05
53.000 (Норм) 13.824 (ПС)	Норм > ПС	0.000	31.600 (Норм) 12.618 (ПС)	Норм > ПС	0.008	35.167 (Норм) 63.971 (ПС)	Норм < ПС	0.000
32.120 (АД) 13.824 (ПС)	ПС > АД	0.016	58.000 (АД) 12.618 (ПС)	АД < ПС	0.000	20.620 (АД) 63.971 (ПС)	АД < ПС	0.000

Стьюдента для одной выборки  $t = 0.024$ ,  $df = 29$ ,  $p = 0.98$ ).

По шкале дефицитарного внутреннего Я-отграничения получены значимые различия между группой НОРМ и экспериментальными группами АД и ПС ( $H(2, N = 72) = 52.984$ ,  $p < 0.000$ ). Группа АД имеет сверхвысокие значения, группа ПС — сверхнизкие. Полученная оценка для группы НОРМ = 4.77 (нормативная средняя оценка по тесту, приведенная в [3], равна = 4.9) не отличается от нормативных данных ( $t$ -критерия Стьюдента для одной выборки  $t = 0.88$ ,  $df = 29$ ,  $p = 0.38$ ).

По шкале деструктивного внешнего Я-отграничения получены значимые различия между всеми группами участников исследования. Группа АД принимает низкие значения, группа ПС — завышенные ( $H(2, N = 72) = 37.78$ ,  $p < 0.000$ ). Следует отметить, что полученная оценка для группы НОРМ = 4.54 (нормативная средняя оценка по тесту, приведенная в [3], равна 4.17) выше нормативных значений ( $t$ -критерий Стьюдента для одной выборки  $t = 3.99$ ,  $df = 29$ ,  $p = 0.0004$ ).

По шкале деструктивного внутреннего Я-отграничения получены значимые различия между всеми группами участников исследования. Группа АД принимает низкие значения, группа ПС — завышенные ( $H(2, N = 72) = 45.016$ ,  $p = 0.0000$ ). Полученная оценка для группы НОРМ = 4.1 (средняя оценка по тесту равна 3.72) не отличается от нормативных данных ( $t$ -критерий Стьюдента для одной выборки  $t = 1.42$ ,  $df = 29$ ,  $p = 0.17$ ).

## ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Первый результат исследования состоит в том, что полученные нами значения по некоторым шкалам для группы НОРМА отличаются от нормативных тестовых значений: значения по шкале деструктивного внешнего Я-отграничения завышены, по шкале конструктивного внутреннего Я-отграничения — занижены. Поэтому контрасты, выявленные в экспериментальных группах, нуждаются в содержательной коррекции.

Полученные различия по шкале “Конструктивное внешнее Я-отграничение” свидетельствуют о сниженной способности к “открытости и коммуникабельности” в двух экспериментальных группах по сравнению с группой НОРМ. Согласно интерпретации теста, низкие результаты свидетельствуют либо о «чрезмерной жесткости, препятствующей продуктивной коммуникации и обмену, или о “сверхпроницаемости”, снижающей автономию и способствующей “переполнению” внешними впечатлениями и гиперадаптации к требованиям внешнего мира» [3, с. 293].

Несмотря на то что в целом по выборке снижены значения по шкале конструктивного внутреннего Я-отграничения, обе экспериментальных группы демонстрируют существенно более сниженные значения по данной шкале. Полученный результат говорит о еще более значимом дефиците в использовании конструктивных возможностей реагирования и чувствования по сравнению с группой НОРМ. Для лиц с высокими показателями по шкале “Конструктивное внутреннее

Я-отграничение” характерна “хорошая контролируемость телесных состояний, высокая общая упорядоченность психической деятельности. При низких показателях по шкале конструктивного внутреннего Я-отграничения может отмечаться рассогласованность эмоционального опыта, дисбаланс внутреннего и внешнего, мыслей и чувств, эмоций и действий; нарушения переживания чувства времени, отсутствие возможности гибко контролировать эмоциональные и телесные процессы, последовательно артикулировать собственные потребности” [3, с. 297–298].

Г. Аммон вводит понятие “социальная энергия” как некий ресурс человека: «Конструктивная социальная энергия характеризуется тем, что отношения и конфронтации ведут к росту и развитию структуры “Я”» [3, с. 47]. Полученные результаты свидетельствуют о том, что люди с заболеваниями кожи психосоматического происхождения испытывают дефицит в конструктивных ресурсах личности.

Оба вида дефицитарных ограничений в группе нормы принимают значения, близкие к нормативным. В группе АД дефицитарные Я-отграничения принимают завышенные значения, а в группе ПС — заниженные. Дефицитарное внешнее Я-отграничение, согласно интерпретации, «заключает в себе неспособность регулировать близость и дистанцию в отношениях с другими людьми, внешними событиями и с окружающим миром. Здесь имеет место неспособность проводить различия между “Я” и “Не-Я”, между самим собою и другими, между своими и чужими потребностями и чувствами... <Такой человек> перенимает чувства и настроения других, как если бы они были его собственными... воспринимает все ситуации симбиотически, как будто бы все хотят одного и того же» [3, с. 39]. Описание симбиотического слияния, полученное для группы АД, подтверждается высокими показателями по шкале дефицитарного внутреннего Я-отграничения.

Согласно интерпретации теста, высокие значения по данной шкале характерны “для лиц послушных, зависимых, конформных, несамостоятельных, ищущих постоянную поддержку и одобрение, защиту и признание... Типичным для них является ощущение собственной слабости, открытости, беспомощности и незащищенности” [3, с. 296–297]. Сверхнизкие значения, полученные в группе ПС, означают противоположную тенденцию, а именно жесткую разделенность бессознательных и осознаваемых процессов, отгороженность как от собственных мечтаний, так и от социальных норм. Таким образом, содержательная интерпретация шкал

дефицитарных Я-отграничений позволяет допустить, что обе экспериментальные группы демонстрируют разнонаправленные тенденции: группа АД — тенденцию к слиянию, а группа ПС — к дистанцированию.

Значения, полученные по шкалам деструктивных Я-отграничений, имеют противоположные значения в экспериментальных группах: группа АД имеет пониженные значения по двум шкалам, а группа ПС — повышенные. Согласно интерпретации теста, “лица с высокими показателями по шкале деструктивное внутреннее Я-отграничение производят впечатление формальных, сухих, излишне деловых, рациональных, педантичных, нечувствительных... В интеллектуальной деятельности они склонны к систематизации и классификации” [3, с. 299]. Для лиц с высокими показателями по шкале “Деструктивное внешнее Я-отграничение характерно жесткое эмоциональное дистанцирование... аффективная скованность и закрытость, эмоциональная интровертированность” [3, с. 296]. Предполагается, что “вследствие страха переполнения внешними стимулами они формируют ригидный непробиваемый барьер для общения” [3, с. 98–99].

Таким образом, содержательная интерпретация по шкалам деструктивных Я-отграничений подтверждает полученные ранее результаты — психологический портрет группы АД можно описать через тенденцию к слиянию, в отличие от группы ПС, стремящихся к отгороженности.

Для интерпретации полученных результатов мы полагаем полезным сослаться на исследования Александры Леммы, которая предлагает метафору двух типов материнского взора для описания процесса развития собственного Я. Первый, по словам автора, — “непроницаемый” (*opaque*) — “порождает мучительный опыт неуверенности относительно того, что мать видит в младенце” [12, с. 77]. В случае “искажающего зеркала” (*distorting mirror*) “младенец включает в искаженный образ себя ненависть и враждебность матери” [12, с. 79]. Мать проецирует на тело младенца свои негативные переживания. В этом случае ребенок абсолютно не поддерживается в “поисках” собственной идентичности, «ригидно воспринимаясь матерью как неизменная “часть” ее самой, и является нарциссическим расширением матери» [12, с. 79].

Если вернуться к понятию ментального пространства, то можно предположить, что в случае непроницаемого взора матери ментальное пространство оказывается огромным и безразмерным, в котором невозможно простроить и структурировать текущий опыт. Во втором случае (*distorting*

*mirrow*) ментальное пространство оказывается сжатым материнским взором, в этом пространстве невозможно без искажения развернуть свой индивидуальный опыт.

И в том и в другом случае происходит деформация в процессе формирования подлинно автономного Я. Непроницаемый и искажающий взоры матери приводят к развитию вторичного симбиоза, при котором отщепленная часть Эго выживает как “замороженная часть”, которая не развивается и не претерпевает никакой “психической трансформации” [13, с. 115]. Мы предполагаем, что в том случае, когда младенец сталкивается с непроницаемым взором матери, он испытывает потребность “найти мать”, т.е. тот контейнер, который может структурировать его опыт, и остается в “вечной зависимости” от матери [5, с. 70].

Х. Ульник связывает экзему с отсутствием материнской защиты и указывает на “связь между психическими состояниями пациента, покрывающего себя струпами, и беспомощностью младенца, нуждающегося в защите” [5, с. 93]. Ребенок сталкивается с противоречивыми материнскими посланиями: “мать транслирует что-то, что не согласуется с ее внутренними состояниями и действиями в отношении ребенка” [5, с. 91]. Этот “рассеянный” материнский взор порождает эмоциональную “диффузность” и “недифференцированность собственного Я” (шкала внутреннего дефицитарного Я-отграничения), “хамелеоноподобный жизненный стиль” (шкала внешнего дефицитарного Я-отграничения).

При дефицитарных Я-отграничениях “кажется, что ребенок не уверен в матери, потому что мать амбивалентна к нему. И индивид как принимает, так отвергает самого себя. Он всегда сомневается относительно будущего и желает соскользнуть в прошлое. Бессознательно он всегда ищет одобрение, поддержку и поощрение от матери” [14, с. 62]. Это согласуется с клинической картиной болезни: “дети липнут к матери и не желают ее оставить” [14, с. 61]. Это состояние растерянности в отношении как внешних событий, так и своих переживаний компенсируется низкими значениями по деструктивным шкалам Я-отграничений. Г. Аммон говорит о деструктивных шкалах как о проявлении деструктивной социальной энергии: “Деструктивная социальная энергия характеризуется тем, что налагаются строгие запреты, стесняющие жизнь, частые и тяжелые наказания и разного рода принуждения” [3, с. 48]. В случае АД запретов как таковых нет, скорее, ребенок живет в пространстве амбивалентной дозволенности. Однако, несмотря на спокойствие на поверхности, внутри живет

“вулкан подавленной ярости” [5; 69]. Эта группа проживает вторичный симбиоз, выраженный через потребность к слиянию.

Вторичный симбиоз, порожденный искажающим взором матери, проявляется в противоположной тенденции — в отгороженности. В случае ПС низкие значения по дефицитарным шкалам говорят о тенденции к инкапсуляции. Эти люди способны “читать мысли опекуна, но неспособны понять свои собственные состояния” [5, с. 150].

Энн Магуйяр сравнивает псориаз и его клинические проявления с символизмом змеи, которая путем линьки меняет кожу, но остается бессмертной. Таким образом, по словам автора, люди с псориазом проживают архетипический мотив бессмертия и возрождения [14, с. 94]. Слишком быстрое созревание и нехватка дифференцированности имеет психологическое проявление — слишком быстрая преждевременная взрослость и “отмирание” каких-то частей психики без понимания того, что оказалось отмершим, без процесса горевания. Если продолжить метафору “змеи”, то можно сказать, что при ПС змея порождает саму себя без этапа откладывания яйца: “Если мы отделяемся в неподходящее время или если мы долго не можем сепарироваться, тогда мы точно будем безуспешны в своем развитии и дифференциации от аспектов нашей самости и нашей жизни” [5, с. 140]. В соответствии с интерпретацией высоких показателей по шкале деструктивного внутреннего Я-отграничения, люди с ПС нечувствительны к “насущным потребностям организма”. Видимо, такая “отстраненность” от телесного опыта является “ответом” на “искажающий взор матери”, которая проецировала свое “уродство” (*ugliness*) в тело ребенка [12, с. 79].

А. Лемма соотносит людей с “непроницаемым взором матери” с “тонкокожими” (уязвимыми, хрупкими и зависящими от мнения других людей), а людей с “искажающим взором матери” — с “толстокожими”, которые несут в себе интроекты сурового суперэго [12, с. 80]. Люди с ПС, нагруженные суровым суперэго, оказываются сильно дистанцированными от внутренних и внешних границ Эго. Их поведение напоминает дезорганизованный тип привязанности, когда “любая близость остается невыносимой” [5, с. 149]: “Такие пациенты, как правило, говорят, что их жизнь регулируется псориазом, словно это капризный и вышедший из-под контроля монстр, который в итоге взял под контроль их жизнь” [5, с. 123]. Тогда группу АД можно представить как одетых “во вторую кожу”, которая сочится и плачет.

Таким образом, можно сказать, что при ПС вторичный симбиоз выглядит как панцирь, как дистанцирование и отчужденность, а при АД — как слияние, растворение и утрата себя. Если резюмировать в общих чертах полученные данные, можно сказать, что в случае АД наблюдается бесконечная попытка “найти мать”, а в случае ПС — попытка отстраненного проживания “без матери”.

Такое разнонаправленное реагирование двух групп участников исследования отчасти объясняет результаты, полученные ранее [4] на меньшей выборке людей с заболеваниями кожи. Вследствие того, что данная выборка пополнилась в основном за счет людей с ПС, в данном исследовании удалось разделить выборку людей с психосоматическими заболеваниями кожи на две группы. Разнонаправленные тенденции в двух экспериментальных группах объясняют, почему на выборке, не разделенной на группы, ранее мы не получили различия между группами нормы и группой людей с заболеваниями кожи по деструктивным шкалам. В настоящем исследовании при объединении двух экспериментальных групп повторно не было выявлено различий с группой НОРМ для шкал деструктивного внутреннего Я-отграничения и деструктивного внешнего Я-отграничения ( $\chi^2 = 0.0064$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.94$  и  $\chi^2 = 0.026$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.87$  соответственно).

В дополнение следует указать, что в данном исследовании получены результаты для группы НОРМ, отличающиеся от нормативных табличных значений: в этой группе занижены значения по конструктивному внутреннему Я-отграничению, а также завышены значения по деструктивному внешнему Я-отграничению. Возможно, что в группу сравнения были включены люди, которые имели “некожные” психологические проблемы и были мотивированы беседой с психологом.

## ВЫВОДЫ

Кожные заболевания психосоматического происхождения (псориаз и атопический дерматит) являются формой разрешения сепарационного конфликта в виде вторичного симбиоза.

При псориазе внешние и внутренние Я-отграничения свидетельствуют о тенденции к избеганию.

Псориаз можно рассматривать как ускоренный переход от первичного симбиоза ко вторичному симбиозу без прохождения первоначального этапа дифференциации.

При атопическом дерматите внешние и внутренние Я-отграничения свидетельствуют о тенденции к слиянию.

Атопический дерматит является попыткой задержаться на стадии первичного симбиоза, являясь, своего рода протестной реакцией на сепарацию, которая представляется младенцу слишком жесткой.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аммон Г. Психосоматическая терапия. СПб.: Речь, 2000.
2. Малер М., Пайн Ф., Бергман А. Психологическое рождение человеческого младенца: Симбиоз и индивидуация: Пер. с англ. М.: Когито-центр, 2011.
3. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / Под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. СПб.: Институт им. В.М. Бехтерева, 2003.
4. Ребеко Т.А. Концептуальный опыт Я у больных атопическим дерматитом и псориазом // Восьмая международная конференция по когнитивной науке: Тезисы докладов. Светлогорск, 18–21 октября 2018 г. / Отв. ред. А.К. Крылов, В.Д. Соловьев. М.: Изд-во “Институт психологии РАН”, 2018. С. 1188–1190.
5. Ульник Х. Кожа в психоанализе. М.: Когито-центр, 2017.
6. Холодная М.А. Психология интеллекта. Парадоксы исследования: учебное пособие для бакалавриата и магистратуры. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Юрайт, 2019.
7. Cavalli A. From not knowing to knowing: On early infantile trauma involving separation. Transformation. Jung’s legacy and clinical work today / Ed. A. Cavalli, L. Hawkins, M. Stevens. L.-N.Y.: Routledge, 2014. P. 193–210.
8. Feldman B. A skin for imaginal // Journal of Analytical Psychology. 2004. V. 49. № 3. P. 285–313.
9. Feldman B. Creation a skin for imagination, reflection, and desire. Transformation. Jung’s legacy and clinical work today / Ed. A. Cavalli, L. Hawkins, M. Stevens. L.-N.Y.: Routledge, 2014. P. 177–192.
10. Jackson J., Nowers E. The skin in early object relations revisited. Surviving space. Papers on infant observation / Ed. A. Briggs. L.: Karnac, 2002. P. 208–239.
11. Jackson J., Nowers E. La peau dans la relation d’objet precoces. Nouvelles perspectives. Un espace pour survivre. L’observation du nourrisson selon Esther Bick. Article Clinique et derniers developpements / Ed. A. Briggs. Paris: Edition du Hublot, 2006. P. 223–238.
12. Lemma A. Under the skin. A psychoanalytic study of body modification. L.-N.Y.: Routledge, 2010.

13. *Lutenberg J.M.* Mental void and the borderline patient. Resonance of suffering. Countertransference in Non-Neurotic structures / Ed. A. Green. L.: Karnac, 2007.
14. *Maguire A.* Skin disease: A message from the soul: A treatise from a Jungian Perspective of Psychosomatic Dermatology. L.: Free Association Books, 2004.
15. *Meltzer D.* Introduction. Un espace pour survivre. L'observation du nourisson selon Esther Bick. Article Clinique et derniers développements / Ed. A. Briggs. Paris: Edition du Hublot, 2006. P. 33–54.
16. *Rhode M.* A qui appartient la peau? Traumatisme, communication et sentiment identitaire. Un espace pour Survivre / Ed. A. Briggs. Editions du Hublot, 2002. P. 239–250.
17. *Sandri R.* Penser avec les bébés. Parcours, réflexions à partir de l'observation du bébé selon Esther Bick. Editions Césura. Lyon, 1994.
18. *Sidoli M.* When the body gets lost in the body: Psychosomatic disturbances as a failure of transcended function // Journal of Analytical Psychology. 1993. V. 38. № 2. P. 175–190.
19. *Tustin F.* Autism and childhood psychosis. L.: Karnac book, 1972.
20. *Waddell M.* Infancy: Defenses against pain. Psychotic states in children / Ed. M. Rustin, M. Rhode, H. Dubinsky, A. Dubinsky. L.-N.Y.: Karnac, 1997. P. 45–59.
21. *Waddell M.* Inside lives. Psychoanalysis and the growth of the personality. L.: Karnac, 2002.

## SKIN DISEASES AND SECONDARY SYMBIOSIS<sup>2</sup>

**T. A. Rebeko**

*Federal State-Financed Establishment of Science, Institute of Psychology RAS;  
129366, Moscow, Yaroslavskaya str., 13, Russia.*

*PhD (Psychology), Leading Researcher, Laboratory of Psychology  
of Abilities and Mental Resources Named after V.N. Druzhinin.*

*E-mail: rebekota@yandex.ru*

Received 27.08.2019

*Abstract.* The study was conducted within the framework of the psychological separation and symbiosis problem. It was assumed that psychosomatic skin diseases can be considered as a “consequence” of disruption of the primary mother – infant bonding and as a form of secondary symbiosis, through which the compensatory boundary of the Ego is built and identity is determined. An empirical study was conducted on a sample of 72 women aged from 20 to 40 years,  $M = 37$  years (30 healthy women, 17 suffering from psoriasis and 25 suffering from atopic dermatitis) using the I-structure test of G. Ammon (ISTA). It is shown that clinical manifestations and scales of internal and external Self-delineation can be interpreted in the case of atopic dermatitis as a manifestation of a tendency to merge, and in the case of psoriasis — as a tendency to avoid. The study indicates the need for a more differentiated analysis of the external and internal boundaries of the Ego (deficit, destructive and constructive Self-delineations) and related psychological problems associated with different nosological groups of skin diseases.

*Keywords:* scales of external and internal Self-delineations, G. Ammon test (ISTA), primary and secondary symbiosis, separation, skin, atopic dermatitis, psoriasis, ego boundary.

### REFERENCES

1. *Ammon G.* Psihosomaticheskaja terapija. St. Petersburg: Rech', 2000. (in Russian)
2. *Maler M., Pajm F., Bergman A.* Psihologicheskoe rozhdenie chelovecheskogo mladencja: Simbioz i individualizacija. Per. s angl. Moscow: Kogito-centr, 2011. (in Russian)
3. Oчерки dinamicheskoi psihiatrii. Transkul'tural'noe issledovanie. Eds. M.M. Kabanov, N.G. Neznakov. St. Petersburg: Institut im. V.M. Behtereva, 2003. (in Russian)
4. *Rebeka T.A.* Konceptual'nyj opyt Ja u bol'nyh atopicheskim dermatitom i psoriazom. Vos'maja mezhdunarodnaja konferencija po kognitivnoj nauke: Tezisy dokladov. Svetlogorsk, 18–21 oktjabrja 2018 g. Eds. A.K. Krylov, V.D. Solov'ev. Moscow: Izd-vo “Institut psihologii RAN”, 2018. P. 1188–1190. (in Russian)
5. *Ul'nik H.* Kozha v psihoanalize. Moscow: Kogito-centr, 2017. (in Russian)

<sup>2</sup> The study was performed on state assignment No. 015920200008.

6. *Holdnaja M.A.* Psihologija intelekta. Paradoksy issledovaniya: uchebnoe posobie dlja bakalavriata i magistratury. 3-e izd., pererab. i dop. Moscow: Izdatel'stvo Jurajt, 2019. (in Russian)
7. *Cavalli A.* From not knowing to knowing: on early infantile trauma involving separation. Transformation. Jung's legacy and clinical work today. Ed. A. Cavalli, L. Hawkins, M. Stevns. L.-N.Y.: Routledge, 2014. P. 193–210.
8. *Feldman B.* A skin for imaginal. Journal of Analytical Psychology. 2004. V. 49. № 3. P. 285–313.
9. *Feldman B.* Creation a skin for imagination, reflection, and desire. Transformation. Jung's legacy and clinical work today. Ed. A. Cavalli, L. Hawkins, M. Stevns. London-N.Y.: Routledge, 2014. P. 177–192.
10. *Jackson J., Nowers E.* The skin in early object relations revisited. Surviving space. Papers on infant observation. Ed. A. Briggs. London: Karnac. 2002. P. 208–239.
11. *Jackson J., Nowers E.* La peau dans la relation d'objet precoces. Nouvelles perspectives. Un espace pour survivre. L'observation du nourisson selon Esther Bick. Article Clinique et derniers developpements. Ed. A. Briggs. Paris: Edition du Hublot, 2006. P. 223–238.
12. *Lemma A.* Under the skin. A psychoanalytic study of body modification. London-N.Y.: Routledge. 2010.
13. *Lutenberg J.M.* Mental void and the borderline patient. Resonance of suffering. Countertransference in Non-Neurotic structures. Ed. A. Green. London: Karnac, 2007.
14. *Maguire A.* Skin Disease: A Message from the Soul: A Treatise from a Jungian Perspective of Psychosomatic Dermatology. London: Free Association Books, 2004.
15. *Meltzer D.* Introduction. Un espace pour survivre. L'observation du nourisson selon Esther Bick. Article Clinique et derniers developpements. Ed. A. Briggs. Paris: Edition du Hublot, 2006. P. 33–54.
16. *Rhode M.* A qui appartient la peau? Traumatisme, communication et sentiment identitaire. Un espace pour Survivre. Ed. A. Briggs. Editions du Hublot, 2002. P. 239–250.
17. *Sandri R.* Penser avec les bebes. Parcours, reflexions a partir de l'observation du bebe selon Esther Bick. Editions Cesura. Lyon, 1994.
18. *Sidoli M.* When the body gets lost in the body: Psychosomatic disturbances as a failure of transcended function. Journal of analytical Psychology. 1993. V. 38. № 2. P. 175–190.
19. *Tustin F.* Autism and Childhood Psychosis. London: Karnac book, 1972.
20. *Waddell M.* Infancy: defenses against pain. Psychotic states in children. Ed. M. Rustin, M. Rhode, H. Dubinsky, A. Dubinsky. London, New-York: Karnac, 1997. P. 45–59.
21. *Waddell M.* Inside lives. Psychoanalysis and the growth of the personality. London: Karnac, 2002.