

**ПРОБЛЕМА ІНВАЛІДНОСТІ У ЦІННІСНО-ОРІЄНТАЦІЙНІЙ  
СИСТЕМІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ РОБОТИ  
ГРУП-АНАЛІТИЧНОГО СПРЯМУВАННЯ**

*Доповідь на конференції Study Days EGATIN у Варшаві 27.04.2019*

*Мазай Л. Ю.*

*Магістр психології, член Асоціації психотерапевтів і психоаналітиків*

*України, кандидат освітньої програми з групового аналізу*

*Секції групової психоаналітичної психотерапії,*

*практичний психолог у КЗ «Міський центр соціально-психологічної  
реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями «Гармонія»*

Місія, цілі, цінності та етика психотерапевтичного процесу є глобальними питаннями в сучасній психодинамічній парадигмі, і такими, яким притаманна дуалістична природа виникнення та формування, а саме індивідуальна чи групова аналітична ситуація та соціально-культурний рівень, де причини неврозу лежать в особливостях суспільного середовища. Якщо звернутись до витоків психодинамічного підходу, то вже в дискурсі теорій З.Фрейда імпліцитно заявлено місію психоаналізу, яка полягає в подоланні духовної кризи західної цивілізації та опанування соціумом своїх руйнівних та агресивних бажань [8].

З подальшим розвитком аналітичних концепцій з'являються соціокультурологічні теорії Е. Еріксона, Г. Салівена, Е. Фрома, у яких наголошується на тісній причинно-наслідковій взаємодії зовнішнього (соціуму та культури) з внутрішнім (індивідуальним). Криза суспільного середовища породжує кризу особистісну, яка сукупністю криз окремих індивідів поглиблює проблеми суспільства. Усе це вказує на те, що закономірні тенденції розвитку соціуму, детерміновані більшою мірою

глибинними рушійними силами несвідомого, аніж підпорядковані раціональному сприйняттю свідомості (Ід та Супер-Его все ще панують над Его), породжують індивідуальну драму особистості, яка все більше втрачає реалістичність свого світогляду, спрямованості та буття в цілому через спотворення психологічними механізмами захисту – витіснення. Проблема індивідуального випадку неврозу чи психозу є проблемою на загальносоціальному й світовому рівні. Однак, доцільною може стати й думка про те, що невроз є нормальною реакцією на усе деструктивне, що відбувається в культурі XXI століття.

Тривалий час одним із потужних стримуючих та контролюючих засобів, хоча таким, що більше поглиблював дію витіснення і раціоналізації, була релігія, однак з відмовою від неї людини XX ст. виникла потреба організації іншого способу осмислення світу, реальності та буття в ньому. І таким методом, на думку З. Фрейда, мав стати психоаналіз. Від смерті зодчого найглибіннішого напрямку психотерапії пройшло 80 років, і за цей час теорія та практика психодинамічного підходу розвивалась та удосконалювалась як послідовниками метра, так і його опонентами, проте в цьому зародилась доволі неконструктивна тенденція, а саме утворення замкнутого кола системи навчання психоаналітиків та знання, яке часто не виходить за межі освітніх професійних психотерапевтичних груп. Часом деякі соціальні проблеми не отримують належного висвітлення в психоаналітичній парадигмі. Ми досі ставимо собі запитання про місію, цілі та цінності в психоаналітичному процесі й намагаємось окреслити роль аналітика в ньому, зокрема ті ж самі тенденції відбуваються і в груповому аналізі, який є молодим, однак абсолютно самостійним психотерапевтичним напрямком.

Однією із гостросоціальних проблем державного рівня в Україні та інших країнах пострадянського простору, дослідження у рамках якої щойно

розпочаті, є питання психологічної та психотерапевтичної роботи з людьми, які мають інвалідність, зокрема в системі психоаналітичної групової практики. Психологія інвалідизації є тим значущим аспектом життя індивіда та соціуму, який наповнений невротичними особливостями та іншими спотвореннями у сприйнятті реальності, і який тісно пов'язаний із психологічною ресурсністю суспільства в ставленні та вирішенні низки проблем таких особистостей. Актуальним є питання загальнонаукового контексту: у якому дискурсі ми розглядаємо аспекти інвалідності – у межах спеціальної психології чи все ж таки через призму загальногуманістичного підходу відносимо цю проблематику до питань усієї психологічної науки та психології особистості? Якщо у контексті останнього, то цілком природним є прийняття того факту, що у випадку інвалідизації є цілком доцільним спосіб психологічної реабілітації в групі груп-аналітичного спрямування.

Внутрішня політика в Україні стосовно цього аспекту життя й функціонування соціуму в останні роки взяла сміливий курс на реалізацію ідей доступності навколишнього середовища та інклюзивності освітнього процесу, однак у науці ще досі зберігся підхід у дослідженні цієї проблематики в межах спеціальної психології, що у свою чергу породжує підсвідоме виокремлення цієї групи громадян в окрему касту мало мобільного населення, яке має «особливі потреби» чи «обмеження фізичних можливостей». Зовнішнє втілення доступності навколишнього середовища ще не формує інклюзивності світогляду та свідомості суспільства, а тому зумовлює появу моральних і когнітивних бар'єрів сприйняття, які у свою чергу детермінують феномен самоінвалідизації. За соціальною та Handicap моделями інвалідність є суто культурально соціальним феноменом, що виникає в результаті дії різних бар'єрів навколишнього середовища, і лише за відсутності таких перешкод усі відчуття, пов'язані із фізичним чи психологічним станом, зникають, що підтверджує ще раз відповідальність

колективної свідомості і сприйняття за самосприйняття та самоосмислення в реальності окремого індивіда.

Незважаючи на те, що проблема різних аспектів психологічної життєдіяльності людей з інвалідністю активно досліджується, досі не існує єдиної концептуальної основи, яка дала б змогу розглядати інвалідизованих осіб як повноцінних суб'єктів специфічної свідомої та несвідомої організації і відображення реальності з елементами рефлексивних актів. Так, серед зарубіжних наукових розвідок слід згадати такі, як дослідження моделі адаптації людей з інвалідністю до свого стану здоров'я (Livhen, Anthonak, 1997), особливостей мотиваційної сфери (М. Garbat, 2013), гендерних відмінностей у психології та самосприйнятті інвалідизованих осіб (М. Nosek, R. Hughs, 2006), особливостей сенсу життя (Emmons, Colby & Kaiser, 1998) [9]. Серед науковців пострадянського простору свої дослідження присвятили питанням соціокультурної реабілітації людей з інвалідністю В. Д. Давидов, М.С. Каган, Б. Ф. Ломов, С.Л. Рубінштейн, А. Г. Здравомислов, А. Н. Леонтьєв, В. В. Радаєв, З.А. Янкова тощо; проблему взаємодії інвалідизованих осіб із навколишнім культурним середовищем та формування комунікативних навиків розглядали А. І. Арнольдov, С. Н. Ікконникова, Б. С. Єрасов; висвітлювали різні аспекти реабілітації та соціальної інтеграції в суспільство І. В. Астраханцев, В. М. Боголюбов, С. А. Биданов, В. Ю. Чукарєв, М. В. Елиптейн [9]. Серед нових важливих студій з психології осіб, які мають інвалідність, у науковому психологічному дискурсі є дослідження психологічних особливостей самореалізації (С. І. Кудинов та С. С. Кудинов, 2010), соціально-психологічної адаптації (Є. В. Морозова) та адаптаційних стратегій (М. М. Орлова, 2013), аспектів системи самоставлень та ставлень до соціуму (Г. В. Суржко, В. А. Куташов, 2015), мотиваційного профілю (Б. Н. Рижов, А. С. Белоусов, 2011-2012) [9].

Проте зауважимо, що питання загальнонаукового дискурсу цієї проблематики не підлягають нашому аналізу, натомість **об'єктом** нашого рефлексивного психоаналітичного осмислення є місіонерська та ціннісна функція групового ведучого психодинамічного спрямування, **предметом** – ідея щодо ролі та місії психолога/психотерапевта в умовах групаналітичної роботи з людьми, які мають інвалідність.

З огляду на те, що усі вказані дослідження здебільшого реалізовані в межах загальнопсихологічного, соціально-психологічного або організаційно-психологічного підходів і позбавлені психоаналітичного дискурсу стає очевидною актуальність осмислення порушеної нами проблематики, а **метою** цієї розвідки є рефлексія того, які цінності може чи повинен транслювати ведучий аналітично зорієнтованої групи, учасниками якої є люди з інвалідністю для вирішення ряду проблем невротичного спектру, що поглиблюють відчуття інвалідизації та блокують реалістичність сприйняття.

За допомогою методів психоаналітичної рефлексії, інтроспекції, аналізу наукових студій та реалізації психотерапевтичної роботи в реальній аналітичній групі, яка функціонує з 2018 року у міському центрі соціально-психологічної реабілітації, складається із 5 осіб різного ступеню важкості порушень опорно-рухового апарату (4-и особи з ДЦП та 1-а особа з набутою формою інвалідності з гендерним співвідношенням 3-оє чоловіків та 2-і жінки) спробуємо окреслити низку ідей, які допоможуть визначити позицію групового ведучого психодинамічного спрямування. Хто він? Транслятор надії та емпатії чи руйнівник ілюзій та конструктор реалістичного бачення? Трансформатор цінностей, смислів, мислення та особистісної спрямованості чи той, хто демонструє чисто людські переживання, ставлення та свої вразливості і способи їх подолання? Чи можливо аналітик є батьківською фігурою, яка за допомогою інтерпретацій

та рефлексій забезпечує в групі умови виникнення соціально-емоційної дзеркальної атмосфери, у якій аналізований може побачити цілісність свого образу, відображення своїх почуттів, мислення та думки, однак не фізичного тіла?

Для конструктивного пошуку відповідей на поставлені перед нами запитання варто розпочати із детального аналізу особливостей та проблем психічного відображення осіб з інвалідністю. Так, першим аспектом, що потребує психоаналітичного осмислення є образ тіла, а також сприйняття реальності через призму фізичних/соматичних обмежень, у контексті чого доцільно звернутись до дискурсу теорій французьких психоаналітиків, а саме стадії дзеркала Жака Лакана та несвідомого образу тіла Французи Дольто [3] [4]. В актуальній психоаналітичній практиці та спостереженнях, які проводяться у площині роботи з клієнтами з інвалідністю, можемо зробити висновок, що більшість з них вдаються до феномену самоінвалідизації, зациклюючись на фізичних можливостях чи неможливостях свого тіла і від того формують образ себе як неповноцінної особистості, яка не здатна до самостійного незалежного й при цьому суспільно корисного життя, є тягарем для близького соціального оточення. При цьому тіло сприймається як один із тих бар'єрів навколишнього середовища, який неможливо змінити чи подолати і, який при зіткненні з об'єктивно існуючими перешкодами призводить до фрустрації потреб, особливо в самореалізації. У культурному та асоціативному аспекті тіло є межею між внутрішнім та зовнішнім, воно сприймає імпульси та подразники із двох площин реальності – тієї, що наповнена різноманітністю проявів зсередини організму, так і тієї, що уможливорює виникнення уявного і символічного реєстру існування «Я», тобто дзеркальної матерії навколишнього середовища чи то матеріальної (безпосередньо дзеркало як фізичний об'єкт, у якому відбувається знайомство із своїм відображенням) чи то соціальної (суспільство на макро

та мікро рівнях, зокрема перший об'єкт віддзеркалення дитини – матір) природи. Вперше усвідомлення сфери «не Я» та «Я» відбуваються у процесі розвитку взаємодії матері й дитини, а саме емоційно близького міжособистісного спілкування, під час якого мати дає зворотну реакцію на заявлені потреби дитини, на її поведінку, і зовнішні прояви організму. Згодом формування уявного відображення свого «Я» та поява його в символічному реєстрі (мові), що дає змогу подальшої трансляції його в соціум, на думку Жака Лакана, відбувається на стадії дзеркала, коли дитина вперше впізнає відображення свого тіла. Ототожнення себе із образом у дзеркалі призводить до виникнення так званого «Іншого», до якого усе своє подальше життя звертатиметься особистість для презентації свого внутрішнього психологічного змісту – переживань, емоцій, думок, переконань, світогляду тощо. Однак «Інший» також формується в актах віддзеркалення особистості соціумом, у його ставленнях та реакціях, які в свою чергу пропагують норми та рамки щодо форм існування образу «Я» і його тіла. Так, представники танцювально-тілесної психотерапії М. Чейс, П. Бернштейн та Л. Еспенак також розглядали питання розвитку образу тіла під впливом чужих реакцій й інтересу до нього. Досвід переживання дотику в немовлячому та ранньому дитинстві є важливим чинником розвитку відчуття імпульсів свого тіла та отримання задоволення від нього. Науковці акцентують увагу на невербальних сигналах, які отримує дитина від близького соціального середовища. Згодом вербальні та невербальні реакції інших людей продовжують впливати на образ тіла індивіда протягом усього його життя [1]. П. Бернштейн припускає, що формування образу тіла проходить через послідовну схему зміни етапів розвитку, паралельно з якими відбувається розвиток «Я-образу». Дослідниця визначила шість стадій індивідуальної еволюції образу тіла: наділення тіла позитивним афектом, встановлення меж між тілом та навколишнім середовищем, усвідомлення органів тіла та їх

взаємодії, освоєння руху в просторі, статеві ідентифікація та процес старіння. Важливу роль у наділенні тіла позитивним афектом відіграють батьківські установки у ставленні до тіла дитини, які немовля може відчувати на фізичному рівні. Встановлення адекватних та конструктивних меж між тілом та навколишнім середовищем залежить від перебігу стадії сепарації-індивідуації [1]. На важливості саме соціального віддзеркалення позитивного чи негативного емоційного забарвлення в ранньому дитячому віці наголошує Ф. Дольто, у своїй теорії формування несвідомого образу тіла. Психоаналітик зазначала, що образ тіла не зводиться лише до реального фізичного тіла, а він також формується в переживаннях дитиною своїх стосунків з матір'ю, а саме її ставлень до тіла немовляти, яке вона, ніби обволікає своїм, до якого торкається. Для дитини такі контакти стають місцем зустрічі з із своїм тілом, яке «говорить» через материнське [3].

Чи можемо ми припустити, що порушення у взаємодії матері й дитини та на стадії дзеркала призводять до спотворень образу тіла, його відторгнення, а отже, зацикленості на фізичній «несправності», «неповноцінності» й «ненормативній відмінності» від зовнішності інших людей? Вважаємо, що ця думка є доцільною у випадку вродженої інвалідності, коли поява «особливої» дитини в сім'ї переживається як драма та втрата очікувань. Мати, яка перебуває в стадіях переживання горя, що пов'язане з інвалідністю дитини, не може дати адекватного емоційного зв'язку та відгуку на природні потреби малюка в любові та турботі. Зокрема причиною перших спотворень в образі тіла є об'єктивна ситуація госпіталізації, коли дитина перебуває на постійному медичному обстеженні та реабілітації, які часто стають звичайним способом життя індивіда з інвалідністю. Перші усвідомлення відмінності тіла від норми, об'єктивні обмеження рухової активності інвалідизованого і його самотійності в елементарних поведінкових актах детермінують відтермінування етапу



сепарації, що створює ілюзію злиття тіла із об'єктами суспільного й навколишнього середовища. Негативні реакції первинного близького оточення, що обтяжені проблемами із здоров'ям зумовлюють самопередження стосовно свого образу тіла, і коли на стадії дзеркала відбувається ототожнення себе із віддзеркаленням, на уявний реєстр існування «Я» накладається змістовне, спотворене зовнішнім ставленням, когнітивне наповнення, яке вже в наочному прикладі формує ідентифікацію «Я – інвалід». У цій ситуації символічна трансляція «Я» отримує також специфічний контекст та підтекст, за яким зміст внутрішнього світу відображається лише через призму фізичної обмеженості. При цьому необхідно звернути нашу уваги на той факт, що образ тіла не сприймається як цілісний гештальт, а носить фрагментарний характер [3]. Зацикленість на фізичній обмеженості та залежності від оточення, а саме на тому фрагменті функціонування організму, який отримав первинну негативну реакцію, блокує усвідомлення своєї свободи в емоційній та когнітивній сфері, яка могла б в абсолютній мірі компенсувати інвалідизацію, про що свідчать реальні приклади тих, хто зміг у процесі подальшого суспільного віддзеркалення змінити свою інтенціональність на акти психічної, культурної і відповідно творчої життєдіяльності (О.І. Скороходова, Стівен Гокінг, Нік Вуйчич, Дональд Сазерленд, Андреа Бочеллі тощо).

Зокрема у роботі психоаналітичної групи нашого центру реабілітації її учасники часто наголошують на відчуттях скутості й безпорадності свого становища, на тому, що багато речей є недоступними в реалізації для них через інвалідність, неможливість повністю керувати своїм тілом (самостійно зняти куртку, пересісти з візка на ліжку, поїсти тощо). Це змушує їх часто звертатись за посторонньою допомогою й відчувати себе постійно залежним від когось, особливо від мікросередовища. Також один із учасників групи неодноразова згадував те, що у дитинстві його сторонились, боялись до нього

підійти та поговорити з ним через його незвичну зовнішність, що, у свою чергу, викликало у нього страх спілкуватись із людьми (клієнт із порушеннями опорно-рухового апарату в наслідок раннього ураження нервової системи через щеплення, 45 років): «Я боюсь спілкуватись із людьми, просити допомогу, та бути самостійним у соціальній взаємодії, бо я такий».

Другий член групи, хлопець 26-и років з діагнозом ДЦП, ділиться переживаннями щодо своїх постійних конфліктів з матір'ю. Фраза «Я не звик до себе. Та що там казати. Моя мама, хоч пройшло вже 26 років, ще досі не звикла до мене» відображає холодність первинного віддзеркалення, його відштовхуючий характер.

Інша клієнтка, дівчина 20 років із діагнозом ДЦП, постійно наголошує на потребі фізіотерапії та розслаблення. Вона повторює: «Ти ж бачиш, яка я. Мені потрібно розслабитись, щоб працювала рука. Ось вже стало краще до першої спастики. А потім потрібно буде знову працювати над цим».

Отже, спотворення образу тіла й відповідно уявного «Я» як інвалідизованого «Іншого» зумовлює порушення символічного порядку, контексту системи самоствавлень, інтенціональності й психологічної незалежності та ментальної картини цінності свого буття в цілому. Однак, вказані закономірності й тенденції формування відображення реальності через призму інвалідизації, а саме тілесної в'язниці претендують на достовірність у випадку вродженої інвалідності. Щодо набутої її форми вважаємо за доцільне здійснити осмислення інших специфічних особливостей виникнення викривлень світосприйняття і пов'язаних з цим переосмислень у буттєвому потоці свідомості індивіда. Першим потужним каталізатором спотворень та активізації деструктивних механізмів психологічного захисту є переживання втрати багатьох можливостей, особливо гостро – можливості подальшої повноцінної сексуальної

життєдіяльності. Аутостереотип інакшості і неповносправності, з яким стикається віч на віч індивід після травми, збільшує його хвилювання та тривоги стосовно майбутньої соціальної взаємодії, корисності для суспільства й особливо особистісних та фізіологічних потенцій, які раніше уможлилювали активну, а часом творчу життєдіяльність. Перед травматизованим постає ряд питань, які вимагають переосмислення та переоцінки. Перше – це зміна системи самоставлень із порушенням сформованого образу тіла, яке тепер, ніби не належить суб'єкту, не підконтрольне йому і потребує підлаштування усієї його поведінки під свої нові особливості, які часом багато в чому залежать від обмежень навколишнього середовища, що доти не потрапляли в епіцентр уваги індивіда. Друге – це зміна системи усіх пріоритетів, цінностей, цілей, смислів, тобто інтенціональності, у площині якої повинні враховуватись щойно відкриті для світогляду й сприйняття суб'єкта обмеження або інші можливості. Усе це приносить хаос та почуття невизначеності в до того вже сформовану картину світу й на період переживання втрати забирає з-під «ніг» особистості опору свого існування. Суб'єкт змушений звертатись до свого нового віддзеркалення («Іншого») й перебудовувати увесь уявний та символічний реєстри, які об'єктивуються через реальні обставини зміни статусу та соціальної ролі. Гіпотетично можемо припустити, що чим більш ригідним був до того образ тіла, тим більшою буде прірва між новим та старим його образами, а, отже, розрив відбуватиметься також на рівні підсвідомих і свідомих реєстрів, який індивід намагатиметься заповнити невротичними новоутвореннями, зокрема неконструктивними механізмами психологічного захисту.

Так, одна із учасниць групи, яка має набуту інвалідність, ділиться такими своїми спогадами: «Після травми, я довго думала над цим. Над тим, щоб якось налагодити своє життя. Я вдарилась у здоровий спосіб життя. Рано

вставала, обливалась холодною водою, робила зарядку. Але потім мені знову стало погано. Тоді я зацікавилась транзактним аналізом Е. Берна. І якийсь час це мені допомагало, але згодом теж перестало діяти».

З порушенням образу тіла й подальшими підсвідомими викривленнями свого «Я» в уявному та символічному реєстрі пов'язаний комплекс неповноцінності, який описаний у теорії індивідуальної психотерапії німецького психіатра Альфреда Адлера. І хоча науковець вважав цей аспект особистісного самоствавлення як потенціал до розвитку і компенсації через соціальну активність чи прагнення влади, доречно зауважити його основну базову підструктуру як неадекватна низька, а часом завищена самооцінка. Вітчизняними дослідженнями визначено, що самооцінка інвалідизованих осіб є суперечливою та характеризується різкими відмінностями в оцінці себе за різними властивостями, а також у не співвідношенні свідомих і підсвідомих її компонентів, що у свою чергу знижує критичність і реалістичність сприйняття свого «Я» у актах трансляції та взаємодії з суспільним оточенням і детерміноване функціонуванням дезадаптивних/неконструктивних механізмів психологічного захисту. Зокрема часто можемо спостерігати недооцінку своєї соціальної активності, що активізує самоізоляцію та пасивність у прояві емоцій, натомість прослідковуємо егоцентричність стосовно свого статусу, проблем та потреби в підтримці [12]. З останнім пов'язане формування істеричних дезадаптивних феноменів, які інвалідизований може активізувати з метою зменшення психоемоційного напруження у зв'язку з комплексом неповноцінності, а саме – демонстрація та гіперболізація своїх проблем, обмежень, виправдання своєї неактивності інвалідністю й потребою постійної допомоги навіть у ситуаціях, коли індивід спроможний діяти цілком самостійно, рентавляння до взаємостосунків з іншими людьми та соціуму загалом. Стан інвалідизації, ніби стає інструментом, завдяки якому особистість прагне контролювати

навколишнє середовище та маніпулювати реальністю. Іншим неконструктивним способом позбавлення почуття неповноцінності є заперечення наявності інвалідності, що більш притаманне при набутій її формі. У контексті цих феноменів та властивостей самосприйняття й взаємодії з реальністю функціонують усі основні види психологічного захисту, а саме заперечення, витіснення, регресія та раціоналізація. При набутій формі інвалідності на початку переживання втрати й руйнування попереднього способу й стилю життя потужно діють механізми заперечення та витіснення, за вуаллю яких ховаються емоції безнадійності, беспорядності, агресії, загострене почуття несправедливості. Згодом у дію може вступати проекція, коли увесь негатив свого нового статусу та стану особистість приписує умовам суспільного й навколишнього середовища. «Дефектність» ніби переміщується назовні для зниження психоемоційного напруження, яке виникає через злам у системі своїх ідентифікацій, можливостей, спрямованостей та образу тіла. Особливу увагу привертають регресивні потяги до залежності та злиття з первинним об'єктом, постійна боротьба з амбівалентністю у ставленні до людей та прагнень індивідуації, з одного боку, та залежності, з іншого. Особистість, ніби застрягає у першому онтогенетичному конфлікті й від того потрапляє у зацикленість одного часового потоку. Осмислення життя та долі набуває кармічного характеру, де є лише безвихідна циклічність, з якої можна вибратись лише одним із двох способів: або завдяки утопічному «я стану на ноги», або завдяки смерті. Часом суїцидальні думки домінують у роздумах та вільних асоціаціях клієнтів. Досить потужною у випадку вродженої інвалідності є раціоналізація усього, що відбувається з індивідом, зокрема почуття вини у взаєностосунках з батьками, ставлення до нього з боку близьких та інших людей. Так, докори та звинувачення сприймаються цілком як справедливі, своє життя осмислюється у порівнянні з життям інших людей, у результаті чого

особистість робить висновок, що «комусь гірше, ніж мені, а тому я повинен(-а) дякувати за те, що є, цінувати (найчастіше надмірну і неадекватну) опіку з боку батьків».

Ілюстрацією наших теоретичних рефлексій може стати прикладом ситуація у груповій роботі, яка супроводжувалась регресією учасників до стану злиття новонародженого з матір'ю, і повернення в її утробу взагалі, про що свідчила абсолютно на перший погляд безпредметна розмова про заняття йогою та позу лотоса, яку швидко змінила тема кулінарії.

Окрім цього, ідея циклічності життєвого потоку була висловлена учасницею з набутою інвалідністю через свою розповідь про досвід переживання психотичних станів, а також її постійних змін настрою від хорошого до поганого. Жінка стверджує «Ось зараз мені добре, але я знаю це не надовго. Скоро після цього стане погано. Так відбувається постійно. І ніяк не можу змінити цього. Вийти із цієї зацикленості». При цьому вона ділиться з групою своїми роздумами щодо карми та вічного життя, досягнення якого стало їй самоціллю. У відповідь на це один із учасників групи говорить, що колись був активним, а зараз стає схожим на батька, нікуди не хоче іти, більше сидить удома, стає пасивним, безініціативним. Вважає, що це передалось йому від батька. У цьому ніби відображається фатальність спадковості, карми. Нічого не змінити. Це вже давно передбачено природою.

Прикладом раціоналізації є вербальний матеріал 26-и річного члена групи (діагноз ДЦП), що постійно нарікає на конфлікти з матір'ю та вітчимою, однак одразу після шквалу критики й претензій починає картати себе, називаючи впертим егоїстом. Після цього переходить у порівняння: «Коли я починаю співвідносити своє становище та життя з іншими, я розумію, що у мене не все так погано. Хтось не має і половини того, що маю я. Тільки подумати: ти ходиш з новим телефоном, у чистій одежі, живеш удома, а не в інтернаті, у тебе є мама, чого ти ще хочеш?». Він же ж час від

часу висловлює депресивні асоціації про безперспективність свого життя та очікування смерті десь у 30-35 років.

Відчуття відмінності свого тіла, неприйняття фізичного образу, а з ним образу «Я» посилюють переживання сорому та почуття вини перед близьким оточенням індивіда та суспільством. Неможливість отримувати естетичне задоволення через фіксації на викривленнях віддзеркалення та зіткненням із суспільними упередженнями формує страх бути незручним, завдати дискомфорту соціуму. Інвалідизованій особі стає притаманний підлітковий тілесний егоцентризм, коли здається, що усі погляди спрямовані на її нестандартність, на деякі обмеження в тілесних актах (пересування, тримання ручки, олівця, самостійного харчування тощо). Це зумовлює тотальне почуття сорому, навіть за умови усвідомлення індивідом неадекватності реакцій інших людей. Зокрема, стає проблематичним встановлення вільної та нескutoї комунікації, за якої часом інвалідизований потребує звернутись за допомогою чи боїться завдати дискомфорту співрозмовнику (наприклад, через мовленнєві порушення), що загострює його почуття вини. Часто люди з інвалідністю зауважують, що відчувають вину через неможливість реалізувати взаємну фізичну допомогу їхньому близькому соціальному оточенню, повноцінно виконувати роль та пов'язані з нею функції чоловіка/дружини, батька/матері, сина/доньки, брата/сестри тощо [9]. У випадках як із вродженою, так і набутою інвалідністю, особа переконана, що своїм станом завдає труднощів сім'ї, є тягарем для них, що знаходить суб'єктивне підтвердження в ситуаціях негативної оцінки інвалідності членами родини, прояву з їхнього боку зайвої заклопотаності безпекою інвалідизованого та, як результат цього, створенням ними абсолютно неадекватних обмежень у професійній та іншій життєствердній самореалізації індивіда.

Один із учасників, чоловік 35-и років із ДЦП, говорить про свої переживання щодо його неможливості бути корисним для батьків, допомагати їм фізично, що викликає у нього відчай та почуття вини. У відповідь на це 45-и річний учасник також ділиться своїми переживаннями, що змушений постійно просити допомоги в інших людей, однак їм не може допомогти навзаєм. Окрім цього, він говорить про те, що не може повноцінно спілкуватись через свій страх бути нав'язливим і набридати людям, про що також йому постійно нагадує мама та обмежує його у соціальних контактах. Зокрема, вона забороняє йому спілкуватись із старшим братом, телефонувати знайомим. Вже неодноразово згаданий нами 26-и річний молодий чоловік постійно знецінює себе, свою мускулінність. Він наголошує на тому, щоб щось робити чи щось заявляти, потрібно спочатку стати кимось, щонайменше, справжнім чоловіком, а він таким не є. Ці асоціації виникають у нього і тоді, коли одна із учасниць групи висловлює гіпотезу про можливу його конкуренцію із вітчимою за увагу своєї матері, на що хлопець відповідає: «Щоб конкурувати потрібно бути мужиком, хоча б на половину».

Мікросоціальна фрустрація потреби в самоствердженні особистості з інвалідністю, а також її віддзеркалення реальності обтяжене почуттями сорому й вини, а звідти страхом бути незручним для соціуму й спричиняти собою дискомфорт іншим людям зумовлюють виникнення прагнень самоізоляції та самоінвалідизації у невротичній структурі індивіда. Як зазначає російський психолог-науковець А. В. Макарова, соціальний статус інвалідності провокує в суб'єкта невпевненість у власних силах, результатом чого стає пошук опіки й захисту від життєвих труднощів у самообмеженні спектру соціальних взаємовідносин і взаємодії вузьким колом осіб, що взяли на себе відповідальність опіки за інвалідизованим. Вибір залежності замість активності допомагає людині з інвалідністю зняти на якийсь час сумніви та тривоги у зв'язку з невизначеністю майбутнього та зменшити страх перед



життям в цілому. Також науковець зауважує, що чим більше виражена потреба в активній соціальній взаємодії, тим сильніше проявляється вразливість особистості, тим більше вивільняється тенденція до замкнутості та зверненню індивіда у свій внутрішній світ. Намагаючись встановити взаємостосунки, людина з інвалідністю водночас переживає страх цих стосунків. Спрямованість на самоізоляцію є цілісною системою ставлень людини до буття та реальності, яку характеризують страх перед життям, сприйняття інвалідності як ідентичності, пасивність і консерватизм, самотність [6].

Особливу увагу психоаналітичної практики привертає відчуття самотності, яке у роботі групи осіб з інвалідністю створює своєрідний простір глобального віддзеркалення ізоляцій кожного з учасників, що блокує усвідомлення спотворень психічного відображення. У структурі інтенціональності інвалідизованої особистості самотність є одним із найбільш негативних переживань, яке детерміноване взаємодією ряду зовнішніх та внутрішніх факторів. І. Д. Ялом виокремлював три типи ізоляції, що формують відчуття самотності: міжособистісну – ізоляція від інших членів соціуму, а у випадку з інвалідизацією можемо спостерігати ізоляцію особистості від людей з інвалідністю інших нозологій; внутрішньоособистісну, яку аналітик інтерпретував як «процес, за допомогою якого особистість відділяє одну від одної частини свого внутрішнього психологічного буття, ...коли індивід приборкує свої почуття та бажання, приймає зовнішнє «потрібно» і «повинен» за свої цінності й переконання, не довіряє власним судженням і приховує сам від себе свій потенціал»; екзистенційну, що є фундаментальною й уособлює в собі відокремленість людини від суспільства та світу [10]. Процеси невротичного відображення осіб з інвалідністю об'єднують усі три типи ізоляції, які зумовлюють постійне та невичерпне за параметром своєї тривалості відчуття

самотності, яке є цілком усвідомленим і прийнятим суб'єктом як безнадійний стан свого буття. Феноменологія цього явища психічного відображення, на думку науковців Ф.Г. Майленової та О.Б. Долгінової, лежить у площині переживань та усвідомлень особистістю своєї депривації у різних аспектах життєдіяльності: соціальної як обмеження у встановленні автономності, індивідуації, набуття повноцінної суспільної ролі, професійної самореалізації; емоційної як неможливості встановлення близьких інтимних міжособистісних стосунків; когнітивної як переживання невизначеності та хаотичності навколишньої реальності, яка не підконтрольна індивіду, недосяжна для його розуміння і впливу, хоча б на мікрорівні [2, 5]. Фізична депривація й пов'язані з нею фрустрації первинних потреб індивіда поглиблюють його зацикленість на тілесному, роблять функціональні обмеження та інвалідність відправними точками його світосприйняття, коли символізація «Я» не виходить за рамки віддзеркалень у бар'єрах навколишнього й суспільного середовища. Самоізоляція колом найближчого сімейного оточення й при цьому депривація емоційного характеру в ньому загострюють брак сенсу життя, екзистенційної наповненості, відчуття невизначеності майбутнього.

Самотність та породжені нею переживання супроводжують постійне тло тривожності, яке з часом набуває образів конкретних страхів, а особливо страху жити, діяти, вирішувати конфлікти амбівалентності та ситуації залежності-сепарації, виходити із в'язниці тілесних фіксацій та спрямовувати психічне відображення на акти мислення й формування рефлексивного ставлення до фактів своєї життєдіяльності. Зацикленість на обмеженнях фізичних потенцій та ситуаціях залежності від мікро-соціального середовища звужує простір свідомого сприйняття та осмислення себе інвалідизованим. Постійне самопротиставлення лише бар'єрам, а не можливостям зменшує відчуття самоцінності, віру у свою автономність. Образ тіла та «Я», які

репрезентуються в символічному реєстрі лише з позиції статусу інвалідності й характерних для неї потреб, створюють у психічному відображенні індивіда простір екзистенційного вакууму, де сенс життя є невизначеним так само, як близька чи віддалена життєва перспектива особистості. Усе це формує коло зацикленості буття з постійним тлом психоемоційного напруження, що також призводить до спотвореного сприйняття часу, який для людини з інвалідністю протікає дуже повільно. Суб'єкт потрапляє, ніби у часову прірву, з якої можна вийти лише завдяки кардинальній життєвій зміні, яка стане точкою відліку нового життя. Зауважимо, що у випадку з набутою інвалідністю часовий простір індивіда ділиться на два проміжки – до травми й після, коли різко змінюється його світосприйняття та система мотиваційно-ціннісної спрямованості.

У роботі групи нашого центру гостро відчувається низка самотностей її учасників. Це втілюється у висловлюваннях своєї безпорадності, залежності від допомоги інших, своїх близьких, в інтеріоризації дорослим чоловіком установки матері на те, що він ніхто і може лише набридати людям, в очікуванні смерті у 30 років через неможливість подолати внутрішньо сімейні конфлікти та вибороти своє право на освіту й самостійність або ж очікування химерного вічного життя, яке дасть змогу подолати свою зацикленість. Тривожна оцінка перспективи, постійне питання кожного з учасників до себе «А що буде зі мною далі, особливо після смерті моїх батьків?» поглиблює драму безвихідності та блокує актуалізацію свого потенціалу тут і тепер.

Невротичність свідомості, мислення, самосприйняття й відображення усього, що знаходиться навколо індивіда зумовлює специфічність його інтенціональності, де в'язницею я cogito стає не лише призма фізичних обмежень, а й часового потоку, у якому існує лише одна позиція світопізнання – це ідентичність інвалідності. При цьому воля суб'єкта

обмежується його ж неконструктивними психічними утвореннями. Навіть при адекватному усвідомленні, що стан інвалідності неможливо змінити, особистість приймає рішення використовувати її, як єдиний спосіб осмислення реальності й встановлення зв'язків з навколишнім та суспільним середовищем. У свою чергу цей спосіб є підсвідомим виправданням невротичного конструювання безнадійності ситуації, у якій легше застосовувати механізми психологічного захисту, аніж змінювати символічний реєстр презентації свого «Я» та психічне відображення.

З огляду на багатоаспектність такої невротичної структури свідомості інвалідизованого питання ролі ведучого групи у груп-аналітичному методі в психотерапевтичній роботі ускладнюється, адже тут ми натрапляємо не лише на форми регресії та застрягання на одному із онтогенетичних етапів індивіда, а й на його систему уявного й символічного реєстрів, конфлікту залежності та сепарації, що обтяжений соромом, почуттям вини й спотвореннями образу тіла та «Я», що, у свою чергу, відкриває перед нами проблему екзистенціального порядку й інтеціональності особистості, для яких характерна зацикленість часового потоку. Зауважимо, що усі визначені нами проблеми актуальні для будь-якої невротичної особи, однак у психотерапевтичній групі людей з інвалідністю вони, ніби гіперболізовані, загострені у результаті порушень опорно-рухового апарату й специфічної сімейної історії формування образу тіла і подальшої мікросоціальної залежності.

Отже, які цінності нам варто актуалізувати в процесі культивування свободи волі, мислення та самоцінності особистості з інвалідністю? Ми можемо звернутись до загальнолюдських цінностей любові, прийняття та права кожного на життя, самореалізацію і самостійність. Група, як живий організм, вже презентує собою матрицю дзеркал, часом кривих, які дають можливість кожному із її учасників регресувати та знайти своє

віддзеркалення й усвідомити специфіку своїх уявного та символічного реєстрів, звернутись до свого інвалідизованого «Іншого», але при цьому зустріти емпатійне прийняття без відсилки на свою відповідність чи невідповідність суспільним уявленням про форму. Ведучий групи, будучи спостерігачем природньої динаміки групи, своїми інтеракціями, які варто ґрунтувати на гуманізмі, емпатії та людяності, може зауважувати спотворення мислення та демонструвати групі реальні її потенційні можливості, силу її внутрішньогрупової підтримки, яка має усі шанси стати ресурсом для освоєння кожним учасником незалежності своєї думки та вираження емоцій. Тоді перед групою постане завдання трансформації відображення й формування зовсім іншого символічного реєстру, за яким «Я» є активним у процесах свого відображення та мислення й може знаходити смисли безвідносно до своїх фізичних обмежень та бар'єрів чи то суспільного, чи то навколишнього середовища. Така робота потребує багато зусиль з боку групи й терпіння з боку ведучого, адже на шляху трансформації інтенціональності й здобуття істинної індивідуалізації особистість повинна відмовитись від комфортності стану бездіяльності, залежності та використання своєї інвалідності з метою здійснення ілюзорної маніпуляції реальністю, а тому може вдаватись до опору змінам й виходу із буттєвої зацикленості.

Важливим у цьому процесі є аспект осмислення власної спрямованості та безнадійності самим аналітиком. Демонстрація способів свого конструювання смислів та спрямованостей може стати ресурсом для групи. Суттєвим у контексті психоаналітичної роботи з людьми, які мають інвалідність є об'єктивний факт того, що кожен навіть без інвалідності може бути в тому чи іншому сенсі обмеженим і недієздатним, а, отже, залежним. Однак, це не забирає в індивіда право на свободу думки й творчості, а воля будь-якого суб'єкта передбачає вибір й інтенцію на трансцендентність. З

одного боку, суспільство є потужним каталізатором виникнення індивідуальних неврозів та самосприйняття через низку обмежень та бар'єрів, але з іншого боку, особистість здатна формувати своє ставлення до цього й через нього виступати трансформатором соціуму.

У дискурсі рефлексії ролі, місії й цінності групової аналітичної терапії людей з інвалідністю зауважимо, що одним із доцільних аспектів ціннісно-орієнтаційної професійної спрямованості аналітика є його особисте ставлення до цієї проблематики та суспільного контексту інклюзії. Тому психотерапевт стоїть на межі двох ціннісних рівнів реалізації психоаналізу: зовнішньому – місіонерському, тобто як ставимось до окреслених проблем в професії, які варіанти їх вирішення пропонуємо соціуму в цілому та безпосередньої реалізації групової психотерапії, де аналітик виступає в ролі трансформатора світоглядних переконань, мислення та спрямованості клієнтів. З огляду на це місія аналітика полягає в тому, щоб відкрити для соціуму цінність та творчий потенціал особистості з інвалідністю шляхом реалізації ідеї інклюзивності психотерапевтичного процесу, у результаті якого індивід відкриває для себе можливості, а не обмеження суспільного середовища та вчиться мислити через призму свого «Я» як вольового, незалежного в думці й трансцендентного суб'єкта, а не інваліда.

### **Список літератури**

1. Горшкова Н.М. Особенности образа тела у детей старшего дошкольного возраста, воспитывающихся в условиях отцовской депривации в разные периоды детства: диссертация кандидата психологических наук. Москва, 2013. 203с.
2. Долгинова О.Б. Изучение одиночества как психологического феномена // Прикладная психология. 2000. №4.
3. Дольто Ф. Бессознательный образ тела. Спб., 2006. 328 с.

4. Лакан Ж. Стадия зеркала, как образующая функцию Я. // Семинары. Т.1. Москва, 1998.
5. Майленова Ф.Г. Два лика одиночества // Человек. 2002. № 2.
6. Макарова А.В. Особенности социализации в условиях инвалидности // Журнал научных публикаций «Дискуссия». 2012. №6.
7. Соложенкин В. В. Психологические основы врачебной деятельности: учебник для студентов высших учебных заведений. Москва, 2003. С.211-226.
8. Фрейд З. Недовольство культурой. Литагент «Фолио», 2013.
9. Яковлева Н.В., Уланова Н.Н., Шишкова И.М. Обзор психологических исследований инвалидности. // Электронный научный журнал «Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие». 2016. №2(13).
10. Ялом И.Д. Экзистенциальная психотерапия / Пер. с англ. Т.С. Драбкиной; предисл. Л.М. Кроля. Москва, 2000. С. 574.
11. Beutler L. Values, beliefs, religion and the persuasive influence of psychotherapy // Psychotherapy. 1979. Vol. 16. P. 432-440.
12. Schwehn J., Schau C.G. Psychotherapy as a process of value stabilization // Counselling and Values. 1990. Vol. 35. P. 24-30.
13. Spinelli E. Practicing Existential therapy. London, 2014.