5 ТЕМА

«Методологические предпосылки культурно—исторического подхода в психосоматике»

1. **Возникновение психосоматической медицины.**

**Психосоматика -** направление в медицине и психологии изучающее влияние психологических факторов на возникновение и течение соматических (телесных) заболеваний.

Психосоматика как медицинская наука и практика социально-психических процессов, воздействующих на физиологическое состояние человека, стала активно формироваться уже в конце XIX века, хотя термин был введен несколько раньше Й. Хайнротом в 1818 году. Он усмотрел в болезни человека наряду с биологическим фактором и патогенный психосоциальный компонент, которому отвел весьма важную роль в возникновении и специфике течения болезней у человека. Тогда человеческую психику уже рассматривали как функцию организма, служащую для обеспечения адаптации человека к окружающей среде. Рождение же психосоматики как самостоятельной медицинской науки историки медицины связывают с разработанной И.М. Сеченовым (1829-1905) и И.П. Павловым (1849-1936) теорией о взаимоотношении высшей нервной деятельности и психологии.

Формирование принципиально новой парадигмы медицины (психосоматической), связанной в первую очередь с развитием естественных наук, наложило свой отпечаток на клиническое мышление ученых-медиков и врачей, стремящихся вывести медицину из «дебрей чистого эмпиризма и практицизма» и обосновать ее как зарождающуюся новую медицинскую науку. Это было время формирования философско-методологических принципов психосоматики как некой самостоятельной дисциплины медицины, когда последняя оказалась в ситуации «между двух стульев» в ряду естественных и гуманитарных наук, поскольку объединяла в себе и естественно-научный метод познания, и гуманитарный предмет исследования - человека. Как известно, эти проблемы не могут считаться окончательно разрешенными.

Сам факт возникновения и развития психосоматической медицины свидетельствует об органическом единстве соматического и психического в генезе здоровья и болезней. При этом указывается на социально-информационные перегрузки сознания современного человека. Значительное увеличение доли его умственного труда при заметном снижении физических нагрузок поставило задачу осмысления диалектики психосоматического единства и противоречия в целостной структуре личности. Отсюда правомерна оценка психосоматики как адекватной реакции человека на все негативное в жизнедеятельности людей, но особенно стрессовые и психоэмоциональные воздействия на организм и нервную систему изменяющейся природной и социально-культурной среды. А это значит, что первейшая задача медицины связана, прежде всего, с нивелированием негативных эмоций и замещением их на положительные.

**Психосоматическая детерминированность**

«Детерминация» означает действие в качестве активной причины. Доказать причинный характер связи между психическим состоянием человека и его физическим здоровьем можно в том случае, если будет найдена повторяемость этой связи в идентичных ситуациях. Так, в большом количестве эпидемиологических наблюдений обнаружено, что жизнеспособность человека в значительной мере зависит от его психосоматического состояния. Безысходность, подавленность, бессмысленность жизни, тревожность приводят к угнетению его иммунной системы, что способствует развитию, например, раковых заболеваний. А озлобленность или враждебность, гневность или раздражительность и т.д. ведут к соматическим заболеваниям и заметному сокращению продолжительности жизни. И наоборот, ощущение социальной значимости и полезности, высший смысл жизни и благородные цели в труде, наличие планов на будущее - благоприятно сказываются на психическом здоровье.

Психосоматическое состояние человека представляет некое субъективное проявление нейрофизиологических структур. Выполняя информационно-смысловую функцию, психические явления, как правило, оказывают на соматику как положительное, так и отрицательное влияние. Влияние психоинформационного фактора на соматическую сферу организма зависит от степени его осознания человеком.

**Психосоматические основы здоровья и болезни**

Психическое здоровье, как правило, разделяют на индивидуальное и общественное. Первое - это такое состояние психики личности, которое характеризуется согласованностью психических функций организма, обеспечивающих чувство субъективной суверенности, выраженной в ее способности к целенаправленной осмысленной деятельности и оптимальное выполнение ее социокультурных функций, адекватных общечеловеческим ценностям и этнокультурным особенностям общественной группы, к которой принадлежит личность. Второе связано с переходом от индивидуального уровня к популяционному.

Оценка индивидуального психического здоровья непременно должна учитывать неповторимость и уникальность каждой конкретной личности и ее самоидентичность. Здесь важно выделить три момента. Первый - это способность здорового человека развиваться и самосовершенствоваться.Второй - способность человека адаптироваться к изменяющимся условиям внешней среды. Третий - производство смысловых ориентаций и на этой основе определение конкретных целей и средств жизнедеятельности. Индивидуальное психическое здоровье является более широким понятием, нежели простая констатация отсутствия у человека каких-либо признаков психического расстройства. Оно указывает на социальную зрелость, сохранность и активность механизмов личной саморегуляции, меру способности человека трансцендировать свою биологическую, социокультурную детерминированность.

Социально-психологические факторы оказывают сильнейшее влияние на физическое и психическое здоровье людей не только своей абсолютной величиной, а прежде всего самой скоростью количественных и качественных изменений в жизни и деятельности людей. Если динамика социально-нравственных изменений происходит очень быстро, то человеческая личность попросту не успевает к ней приспособится. И вот тогда развивается патологический стресс.

**Психосоматический фактор в современной медицине**

Психосоматический фактор в медицине может быть использован для укрепления здоровья как отдельных людей, так и целых сообществ. Он оказывает большое благотворное влияние на творческое развитие человека. А через психику и подсознательные ее механизмы - и на соматику.), т.е. оздоровляющее влияние оказывают все положительные эмоции, а также такие духовные факторы личности, как ее вера, надежда, любовь, воля, убежденность, оптимизм. Они действуют на человека в широком диапазоне: от улучшения функционирования отдельных соматических систем до выраженного подъема всех творческих потенций человека и излечения, казалось бы, неизлечимых заболеваний. Из перечисленных факторов особенно важным является тот, который получил название «исцеляющая вера». Становление исцеляющей веры это осознанный переход человека от установки «на болезнь» к установке «на выздоровление», «на здоровье» с последующим преобразованием «внутренней картины болезни» во «внутреннюю картину здоровья».

В тесной связи с психосоматической проблемой находится весьма важное и слабо пока разработанное в прикладном плане по отношению к медицине состояние, каким является бессознательное. Последнее есть совокупность разнообразных психических актов, процессов, во влиянии которых на сферу сознания и поведения человека нет ясного отчета. Мир бессознательного многолик и весьма многообразен. Это и автоматизированные функции, переходящие из сферы сознания в бессознательное по мере развития ребенка, это и подсознательная аггравация, порождаемая неосознанным желанием пациента вызвать к себе сочувствие окружающих, привлечь внимание медицинского персонала, это и гипнотические состояния, сновидения, интуиция, непроизвольное запоминание и воспоминание, случаи мгновенного и непроизвольного решения творческих проблем и задач и т.п.

Психоаналитики путем специального расспроса пациентов в гипнотическом состоянии получали многие сведения об их прошлой жизни. Но в бодрствующем состоянии о некоторых интимных и иных сторонах своей жизни они не могли и не хотели рассказывать. Услышав от врача-гипнотизера об этой скрываемой, нередко патогенной и интимной ситуации, они остро, бурно и горячо реагировали. Но по выходе из гипнотического состояния их самочувствие часто значительно улучшалось.

В работе с пациентами медикам часто приходится опираться на их осознанное и волевое отношение к своему психофизиологическому состоянию, к своему здоровью. У врачей могут возникнуть ситуации, когда под влиянием так называемой сайентологии. Сайентология гипертрофирует и абсолютизирует принцип врожденной святости и неприкосновенности воли, ссылаясь на постулат, что «сам бог не вторгается в человеческую волю, предоставляя ему возможность добровольно творить добро или зло». Поэтому любое влияние на волевую составляющую психики человека рассматривается ими как греховное. Затем подводится философско-теологическая основа оправдания отказа от психопрофилактики, от психологической переориентации пациентов, имеющих антигигиенические навыки и дурные привычки в поведении и т.п.

В заключение следует обратить внимание на дошедшую до нашего времени древнюю сентенцию: «В здоровом теле здоровый дух».

Психосоматическое развитие ребенка.

**2. психологии телесности.**

Ключевые слова:психология телесности, психосоматика, психосоматическое развитие, психосоматический дизонтогенез, знаково- символическое опосредствование, симптомогенез.

В последние годы интенсивно развивается новая отрасль клинической психологии - психология телесности, возникновению которой предшествовало интенсивное развитие психосоматического подхода в медицине. Однако по своему предметному содержанию, как самостоятельное направление психологических исследований и практики, психология телесности не совпадает с традиционным наполнением термина "психосоматика", утвердившегося в медицине.

Развитие в недрах медицины определило прежде всего соответствующий круг клинических феноменов, т.е. тех расстройств или заболеваний, в генезисе и динамике которых существенную роль играют психологические факторы. Включенность психосоматической проблематики в логику развития общемедицинского знания привела также к тому, что в настоящее время термин "психосоматика" оказался целиком и полностью отнесенным к области патологии, а само обращение к этому понятию стало рассматриваться как однозначное указание на наличие патологических явлений в соматической сфере человека, связанных с воздействием патогенных психологических факторов. При таком подходе за рамками научного анализа оказалась обширная область психосоматических проявлений в норме . Само существование последних у здорового человека едва ли может вызвать сомнение: здесь достаточно сослаться на хорошо известные психологам явления мобилизации психических и телесных ресурсов человека в ситуации решения сложной и ответственной задачи, а также феномены аффективной дезорганизации с выраженными телесными компонентами.

С нашей точки зрения, включению проблемы психосоматики в систему психологического знания препятствует имплицитное представление, согласно которому собственно человеческое в человеке ограничивается психикой, а телесность рассматривается как биологическое условие развития психики. Как следствие в конкретном психологическом анализе представлены только мозг и правая рука. Остальная же реальность телесного существования в научном плане предстает как предметное содержание исключительно естественных наук (физиологии, анатомии, биологии и т.д.) . Таким образом, предметное поле психосоматики выглядит по меньшей мере парадоксально (если не сказать, дефектно): к настоящему времени при обширном и явно междисциплинарном характере феноменологии оформилось и закрепилось довольно узкоспециализированное - медицинское - понимание ее сути.

В данном контексте первой (и основной) задачей, которая возникает перед психологами, обратившимися к психосоматической проблематике
Теоретико-методологической основой для принципиально нового подхода к психосоматической проблеме может стать концепция Л. С. Выготского, в текстах которого мы находим мысль о том, что телесные процессы человека нуждаются в новом понимании.

 Культурно-историческая концепция развития психики открывает возможность качественного изменения общего представления о телесном развитии человека (нормальном и аномальном), позволяет рассматривать его как процесс, сопряженный с общим ходом психического развития и вследствие этого не ограниченный только ростом организма, накоплением физиологических изменений. Согласно логике данного подхода, тело человека может рассматриваться как культурно преобразованное, "вписанное" в определенную исторически и культурно-детерминированную перспективу. В процессе онтогенеза именно тело становится первым универсальным знаком и орудием человека . Знаковое опосредствование меняет структуру телесного опыта таким образом, что развитый психосоматический феномен, включающий в себя телесные действия, их когнитивные и смысловые регуляторы, приобретает черты высших психических функций: социальность, опосредствованность, принципиальную возможность произвольного контроля. С этой точки зрения аномалии телесного, психосоматического функционирования могут возникать как деформация самого пути социализации телесных феноменов и отдельных системных характеристик их социопсихологической регуляции.

Таким образом, мы полагаем, что психология телесности имеет свой особый феноменологический план, социокультурно-детерминированный и развивающийся сопряженно с психическим развитием. По этим критериям возможно выделение особой линии, типа развития наряду с физическим и психическим - ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО.

Психосоматическое развитие ребенка сквозь призму культурно-исторического подхода Л. С. Выготского можно рассматривать как процесс закономерного становления механизмов психологической регуляции телесных функций, действий и феноменов. Содержанием этого процесса является освоение знаково-символических форм регуляции, трансформирующей природно заданные потребности,телесные функции (дыхание, реакция боли) или создающей новые психосоматические феномены (образ тела, образ боли).Формами внедрения психологической регуляции в телесные феномены являются телесные действия, когнитивные средства (системы означений в интрацепции и боли), смысловые структуры.

 В контексте культурно-исторического подхода уже с самого начала возникает возможность различения психосоматического феномена и психосоматического симптома. В психоаналитической трактовке эти понятия либо совпадают, либо симптомогенез рассматривается как регресс к состоянию первоначальной недифференцированности сфер телесного и психического (концепция ресоматизации.

Характер психосоматического феномена - это производное от психологических новообразований, трансформируемое в соответствии с логикой психического развития. Путь социализации телесных феноменов пролегает через усвоение (означивание) и порождение телесных знаков, расширение сети телесных действий.

 Первичный носитель психосоматического феномена - диада "мать-дитя", благодаря которому символический план изначально существует наряду с натуральным планом психосоматического феномена. В совместно-разделенных телесных действиях матери и дитя мать выполняет функцию означивания и наполнения смыслом витальных потребностей и телесных действий ребенка.Содержание и структура телесных действий определяются развитием системы значений и смыслов. Одна из ранних форм существования значения и, видимо, центральная для анализа процесса психосоматического развития -та из них, которая проявляет себя на языке чувственной (сенсорной и эмоциональной) модальности как начальное звено процесса формирования. **Второй этап развития телесных, психосоматических феноменов** связан с организующей ролью системы значений уже на уровне репрезентации, символического манипулирования в плане представлений. Главным медиатором телесных действий становится вербализуемый образ тела, обретающий многообразие смысловых характеристик в контексте целостного "образа мира" .

Так, фундаментом существования осмысленных психосоматических феноменов является коммуникация с матерью. Мать не только означает телесный феномен для ребенка (словесно и поведенчески), но и раскрывает своим эмоциональным реагированием смысл и ценность каждого телесного явления. Так, ребенок, видимо, не отличает боль от дискомфорта до ее означения матерью и наделения определенным смыслом, а значит, она не получает своего специфического поведенческого эквивалента реагирования. Власть коммуникативного смысла над телесными симптомами ребенка столь велика, что в самом процессе коммуникации симптом может не только появляться, оформляться, но и исчезать. Примером служит магическая сила материнского поцелуя, "излечивающего" любую детскую боль, а по психологической сути - заменяющего смысл телесного ощущения: от страдания к любви.

Этап абсолютного преобладания коммуникативного смысла телесных феноменов совпадает с периодом симбиотической привязанности ребенка и матери и ограничивается во времени моментом возникновения у ребенка автономных, инструментальных, управляемых им самим телесных действий, манипуляций с собственным телом. С возрастом коммуникативный план телесности теряет свою актуальность, оттесняется в "психологический архив". Однако он не исчезает, а в ситуации соматической болезни может резко актуализироваться и даже служить источником возникновения особого класса психосоматических симптомов -истерической конверсии (коммуникация на языке болезненного телесного состояния).

**Следующий этап развития психосоматических феноменов** связан с включением в них гностических действий, обретающих самостоятельный смысл и преобразующих психосоматическую связь. Этот этап характеризуется интересом ребенка к собственному телу, поиском средств вербального и иного символического обозначения телесных событий. Феноменология телесности описывается уже не формулой "Я есть тело", а иначе: "У меня есть тело". В образе тела смысловая трансформация выдвигает на первый план функциональную ценность определенных частей тела и сопряженных с ними телесных актов. Это отражено и в характере детского рисунка человека; типичный "головоног" демонстрирует, по выражению Э. Неизвестного, "функциональную деформацию" образа тела. Данному этапу соответствует новый класс телесных действий - подражательных и имитирующих. Ребенок подражает болеющим взрослым, неосознанно обучается, копирует "семейные симптомы", способы их эмоционального переживания и преодоления, стереотипы реагирования на боль, болезнь и т.д. Освоенные и присвоенные в этом периоде значения, смыслы и телесные действия уже во взрослом возрасте могут сказаться в процессе симптомообразования - в виде актуализации выученных симптомов, изменения смысловых, ценностных характеристик телесного страдания (например, в виде фобического реагирования на телесные ощущения в области сердца, желудка и т.д.).

**Другой этап социализации телесности связан** с возникновением рефлексивного плана сознания, способного трансформировать устоявшиеся и порождать новые смысловые системы. Разделение телесного и духовного Я делает тело и его феномены участником внутреннего диалога, порождающего новые жизненные смыслы. Дефицит рефлексивных психологических средств в дальнейшем может приводить к - конверсионному - способу симптомообразования психосоматических расстройств в жизненно трудных ситуациях. Видимо, здесь же надо искать и точку отсчета для возникновения ипохондрических черт личности.

Социализация телесности, безусловно, имеет и свой развивающийся психофизиологический план, еще очень мало исследованный с позиций психологического анализа. Можно предполагать, что организменные системы не остаются "безразличными" при психологическом опосредствовании, преобразуются в новые функциональные системы, обязательно включающие в себя психологические звенья их регуляции. Базовые психосоматические функциональные системы складываются, вероятно, довольно рано, и с этого момента телесные и психологические события следуют путями коэволюции . Становление психологически опосредствованных функциональных систем протекает гетерохронно, и разные организменные функции в процессе психосоматического развития обретают разную глубину.
Чем больше телесная функция имеет выходов в открытое поведение, тем больше она культурно задана,. Лидерами здесь являются сексуальная, дыхательная функции, реакция боли

"психосоматическое развитие" при любой теоретической ориентации означает феномены раскрытие самих закономерностей хода, процесса развития. Симптомы уже созданы , а феноменология онтогенеза еще ждет своего описания. В психосоматике нужен специальный этап - аналитического, экспериментально-исследовательского вычленения НОРМАЛЬНЫХ психосоматических феноменов. Центральную роль онтогенеза играет эмоция, сопровождающая все моменты телесного развития ребенка. В случае ее замещения родительской тревогой возникает риск возникновения психосоматических отклонений. Табуирование телесных проявлений может выражаться не только в прямом запрете или наказании, но и в "ненаделении" того или иного действия поощрительной эмоцией. –

 Например, "за" симптомом конверсии в нормальном онтогенезе лежит развитие коммуникативного смысла и языка тела, уже довольно дифференцированный и обладающий ценностью образ тела, который позволяет "выбрать" локализацию симптома . Так, квазисимулятивные жалобы ребенка на боль в животе свидетельствуют, что живот субъективно "выделен" среди прочих зон тела и осмыслен как поле эффективного взаимодействия с матерью и пр.

Анализ ряда центральных феноменов психосоматического развития.
Восприятие собственного тела и система представлений о нем зависят от:
-возраста,
-уровня вербального интеллекта
-пола ребенка
-опыта болезни.
Восприятие своего тела детьми опирается, главным образом, на аффективный компонент, а с возрастом повышается значение когнитивной составляющей телесного и болевого опыта, происходит расширение категориальной структуры телесного опыта и постепенное субъективное разделение эмоциональных и соматических феноменов на вербальном уровне представлений. Постепенно формируется категория целостного тела, что способствует преодолению субъективной изолированности, фрагментарности телесных феноменов.
У детей в условиях эмоционального отвержения обнаруживаются: задержка, отклонения в развитии представлений о собственном теле. Это проявляется в слабой дифференцированности и интегрированности категориальной структуры телесного опыта, а также в повышении значения боли и болезни для ребенка и недостаточно позитивном отношении к своему телу.
- Внутренняя картина болезни (ВКБ) у детей имеет принципиально иную структуру, чем у взрослых. У младших детей телесное самочувствие не является основой ВКБ; оценка "болезненности" своего состояния строится прежде всего как "эхо-самооценка", т.е. отражает эмоциональное отношение и когнитивную оценку взрослых, зависит от субъективной переносимости лечебных процедур - именно их характер заставляет ребенка обозначать свою болезнь как тяжелую или легкую. К подростковому возрасту ВКБ строится на основе собственного самочувствия ребенка, эмоциональное отношение к болезни определяется оценкой угрозы социальному и физическому будущему. Центральным регулятором становится содержание и структура самосознания.
- Структурно-динамические особенности эмоционального опыта - степень дифференцированности и многообразие переживаний, способы совладания с фрустрирующими ситуациями - закономерно изменяются с возрастом и оказывают либо сано-, либо патогенное влияние на психологический онтогенез телесности.
Особый паттерн эмоционального реагирования, присущий детям с психосоматическими расстройствами разного генеза:
-выраженная тревожность,
-преобладание негативных чувств и переживаний в обыденных ситуациях,
-недостаточно дифференцированное различение в своем опыте эмоций позитивного и негативного спектра на фоне обостренного и нюансированного восприятия эмоциональных состояний матери,
-высокая зависимость от способов эмоционального реагирования матери.
По аналогии с анализом типов и механизмов психического дизонтогенеза можно выделить и несколько вариантов отклонения в психосоматическом развитии:
- Отставание в социализации телесных функций, обусловленное задержкой процесса психологического опосредствования (отставание в формировании навыков опрятности и произвольного регулирования движений, культурных форм удовлетворения потребностей).
- Регресс в психосоматическом развитии, может быть кратковременным, как реакция на трудности развития (например, при плохом самочувствии ребенок теряет уже социализированные навыки: не может самостоятельно засыпать, есть и т.д.). Более сложный вариант регресса связан с актуализацией более ранних смысловых систем (как при конверсионном симптоме) или с переходом к более примитивным механизмам регуляции телесности (от рефлексируемых к аффективным).
- Искажение хода психосоматического развития, детерминированное искажением развития всей системы психологического опосредствования: ценностного, смыслового, когнитивного. Искажение касается развития телесного Я в целом. Подобно искаженному психическому развитию ребенка, этот вид психосоматического дизонтогенеза обусловлен нарушениями детско- родительских отношений, системы воспитания. Особо патогенную роль играет симбиотическое и авторитарно отвергающее отношение к ребенку.
Описанные варианты психосоматического дизонтогенеза позволяют строить диагностику психосоматического развития в норме и патологии на единых каузально-генетических основаниях.
Наиболее сложную для понимания картину образуют феномены телесности у взрослого человека. В ходе развития они оказываются "встроенными" в общую архитектонику психической жизни индивида, смысловой сферы его личности, образуя при этом ее особое, высокозначимое, эмоционально насыщенное звено.

Чем более сложна и развернута система опосредствования собственно телесных проявлений, тем труднее очертить контуры психосоматического феномена у взрослого человека. В этом случае патология позволяет представить сложную структуру и механизмы функционирования феноменов телесности, выступающих в новом качестве - болезненных симптомов. Новый ракурс анализа «движения» феноменов телесности — как процесса симптомо- и синдромообразования. На данный момент мы можем предположить несколько путей актуалгенеза телесного симптома.
Психологический патогенез ряда телесных расстройств связан с отклонениями процесса социализации телесности в детстве, с искажением структуры знаково-символического и шире - психологического - опосредствования телесных феноменов. Исходя из этого следует обратить внимание на то, как и при каких условиях онтогенетически заданные стереотипы психосоматического реагирования и регуляции "вплетаются" в актуалгенез психосоматических расстройств.
Другой путь образования телесных симптомов связан с психологической спецификой ситуации болезни, побуждающей человека проявлять особые формы психосоматической активности. Болезнь порождает специфическую познавательную деятельность (нозогнозию), продуктом которой являются психосоматические новообразования - внутренняя картина болезни. Значимую роль, так как они определяют глубину психосоматического расстройства, в их возникновении и психологическом оформлении играют *личностные механизмы-медиаторы симптомообразования* и деятельность саморегуляции (именно от них зависит возможность и резервы приспособления и совладания,а так же успешная компенсация болезни).
Актуалгенез психосоматических расстройств, подобно тому как это происходит в детстве, не замыкается только на уровне интрапсихических механизмов опосредствования. При хроническом телесном страдании симптом становится элементом существования человека. Так как: 1) социальная ситуация развития может способствовать актуализации закрепившихся в онтогенезе стереотипов психосоматического реагирования. 2) место симптома в структуре ситуации и соотношение с целостной смысловой системой личности определяет такие синдромообразующие характеристики, как ценность, преградность смысла симптома, условная выгода его.
Их этого выходит что психосоматическое развитие продолжается и в периоде взрослости, реализует в себе накопленный психосоматический опыт, а также сложившиеся механизмы психологического опосредствования и регуляции телесности, порождая новый класс сложных психосоматических феноменов и расстройств: внутреннюю картину болезни, самочувствие, ипохондрию. Самопознание и рефлексии субъекта в этом случае выступают в качестве отличия психосоматического развития в этом периоде.
Освоение богатого наследия отечественной школы А. Р. Лурия и Б. В. Зейгарник, утверждающей принципы изучения аномальных феноменов психики в их неразрывной связи с закономерностями нормального развития, служит основой становления психологии телесности как научной дисциплины. В психологии телесности рассмотрен особый тип синдрома - психосоматического. Сформулируем некоторые методологические предпосылки возможности применения синдромного анализа в предметной области психологии телесности:
1. Необходимо эмпирически и теоретически выделить психологическое звено - единое в процессе нормального психологического онтогенеза телесности (линия развития) и в процессе симптомообразования (линия дефекта).

2. Объект исследования должен быть представлен в качестве системного, мультикаузального как в своем нормальном развитии, так и в структуре дефекта.

Одному клинически определенному расстройству могут соответствовать несколько психологических синдромов. Один и тот же клинический симптомокомплекс в разных синдромально психологических контекстах приобретает психологическую многозначность, поскольку разные культурные, знаково-символические механизмы участвуют в его становлении. Так как различен психологический смысл симптома, то и возможности психотерапевтического воздействия на него будут различаться в соответствии с возрастными трансформациями и ведущими механизмами симптомообразования.

**В психологии телесности, как во всей психологической науке:**

- одним из центральных становится понятие "развитие", которое в данном контексте можно обозначить как "психосоматическое";

- в феноменологическое поле включаются не только психосоматические расстройства, но и феномены нормы, их возрастная динамика, психологические механизмы развития телесности;

- не только декларируется, но и раскрывается в новом контексте активная роль субъекта в преобразовании и развитии телесных феноменов;

- получают новое наполнение понятия "психосоматический симптом и синдром", "психосоматическое единство".

Описанные методологические принципы анализа позволяют утверждать, что в психологии телесности формируется собственный взгляд на психосоматическую проблему, не совпадающий с традиционной медицинской парадигмой.

**3. Психосоматическое развитие ребенка.**

Психология рассматривает развитие ребенка как процесс, подчиняющийся эпигенетическим закономерностям: процесс развития осуществляется как взаимодействие организма со средой. При этом организм имеет свой генетически заданный диапазон возможностей, который реализуется в соответствующих условиях среды. Процесс развития проходит определенные периоды (генетически заданные), во время которых должны быть обеспечены необходимые условия (эволюционно-ожидаемые).

Средой развития ребенка в раннем онтогенезе является мать. Первую часть этого периода ребенок проводит в утробе матери, и материнский организм полностью обеспечивает все условия, в которых существует и развивается плод. После рождения ребенок связан с матерью физиологически и психически. В первые три года жизни влияние матери на его развитие практически перекрывает все остальные факторы, в дошкольном возрасте остается ведущим, а позднее — неравномерным, по отношению к различных аспектам физического и психического развития ребенка. В частности, влияние матери на репродуктивную сферу девочки остается решающим, по отношению к мальчику — весьма существенным, хотя эта проблема изучена еще недостаточно. История изучения этих проблем в психологии насчитывает уже более полутора сотен лет, начиная с работ, предшествующих появлению психоанализа 3. Фрейда. В XX в. изучение нарушений психического и физического развития ребенка и связи этих нарушений с особенностями взаимодействия ребенка с матерью послужило основой разработки диадического подхода, основы которого заложены в работах Р. Шпитца. В рамках этого подхода диадой называется система «мать-дитя», в процессе функционирования которой и происходит развитие ребенка.

Не углубляясь в рассмотрение этого подхода, что невозможно в рамках данного сообщения, коротко охарактеризую современное состояние основных его положений.

1. Развитие ребенка происходит в процессе взаимодействия с матерью. Эти взаимоотношения осуществляются на физиологическом и психическом уровнях, соотношение которых и их роль в регуляции материнско-детского взаимодействия изменяются в онтогенезе.

2. В целом соотношение этих уровней проходит следующие этапы (конкретные границы в настоящее время еще не полностью изучены и не должны рассматриваться как окончательно установленные):

• сначала взаимодействие осуществляется на физиологическом уровне (в первой части пренатального периода);

• затем взаимодействие осуществляется на психофизиологическом уровне (иеразделенность физиологии и психики) (с середины пренатального периода до конца периода новорожденное™);

• постепенно происходит разделение физиологического и психического уровней взаимодействия, которое происходит неравномерно в отношении различных линий развития ребенка (младенчество — ранний возраст);

• взаимодействие осуществляется на психическом уровне (после трех лет).

3. Общая логика развития ребенка: сначала происходит установление диадической целостности, затем ребенок проходит последовательные стадии сепарации. Эта последовательность для каждой линии развития ребенка имеет свои возрастные периоды, частично совпадающие и перекрывающиеся между собой.

4. Каждая развивающаяся система имеет свои сензитивные периоды разной степени жесткости и разной степени чувствительности к нарушению эволюционно ожидаемых условий развития.

5. Общая логика развития каждой системы: сначала закладываются морфологические основы, затем развивается способ функционирования, затем — интеграция систем между собой. При этом на первом этапе развития все системы дифференцируются из единых, генетически общих структур. Это справедливо и для соотношения физиологических и психических систем ребенка.

6. В целом развитие диадических отношений завершается к трем годам. Фазы развития будут пройдены всегда. Несоответствие условий развития потребностям развивающегося организма ведет к нарушению развития (дефицитарность строения или функционирования). Глубина и системность нарушения будут связаны с глубиной впадины эпигенетического ландшафта.

7. Мать как среда развития ребенка является социальным существом, она включена во взаимодействие с внешним миром; ее реакции на этот мир зависят от ее ценностно-смысловой сферы, в частности, от ее адаптированное™ к миру: устойчивости к стрессам, способности к адаптации и т.п.

8. Ребенок и материнство в целом вносят в жизнь женщины радикальные изменения. Реакция на них зависит от готовности женщины к материнству, отношения к ребенку, себе как матери. Такая готовность, возникающая в процессе построения материнской сферы, проходит ряд этапов в онтогенезе и может быть в целом диагностирована еще до начала беременности, и тем более — в беременности. Готовность матери определяет ее принятие беременности, ребенка, своего материнства, а адаптационные механизмы матери определяют ее способ переживания фрустрации в случае неготовности к материнству.

Психосоматический подход к интерпретации нарушений в развитии ребенка рассматривает патогенез психосоматики как результат несоответствия материнской среды общей логике развития ребенка. В последней четверти XX в. были предложены подходы, объясняющие эту взаимосвязь. В.В. Ковалевым выделены возрастные уровни преимущественного нервно-психического реагирования ребенка, особенности протекания которых и обусловливают специфику развития ребенка:

1. Соматовегетативный (0—3 года).

2. Психомоторный (4-7 лет).

3. Аффективный (5-10 лет).

4. Эмоционально-идеаторный (11—17 лет).

С позиции культурно-исторического подхода к психосоматической проблеме, социальные взаимодействия выступают главной движущей силой психосоматического развития, преобразования натурального тела в тело культурное. Становление телесности рассматривается как компонент психологического онтогенеза в целом.

С первых моментов своей жизни ребенок включается в социальные связи со своим ближайшим окружением, в особенности с матерью. Определенным образом реагируя на каждое телесное проявление младенца, совершая действия с его телом, мать придает телу, его отдельным частям, функциям некоторое значение. Позднее в совместной деятельности со взрослыми ребенок продолжает усваивать систему значений, относящихся к телесной сфере и опосредующих телесные действия. Эти значения первоначально существуют в интерпсихическом пространстве матери и ребенка, а затем в процессе интериоризации они становятся достоянием индивидуального сознания ребенка и выполняют функцию психологической регуляции телесных процессов. Таким образом, происходит означение соматической сферы, становление телесности как культурного феномена.

Один из методологических принципов анализа в психологии телесности формулирует следующее: кроме двух традиционных аспектов развития ребенка – физического и психического – выделяется еще один аспект психосоматическое развитие, которое рассматривается как процесс закономерного становления механизмов психологической регуляции телесных функций, действий и феноменов. Эмпирически принцип «психосоматического развития» может быть реализован в двух сопряженных конкретно-научных действиях: выделении феноменов, отражающих психосоматическое развитие, и в выявлении закономерностей самого процесса развития. Важной исследовательской задачей становится вычленение психосоматических феноменов нормы. «Классификация и описание симптомов в том или ином виде уже созданы, а феноменология нормального онтогенеза всё ещё ждёт своего описания»

Концепция П.Я. Гальперина

Служит не только в сфере познавательных, но и некоторых других психических процессов, которые проходят похожий путь интериоризации и в зрелом виде представляют собой̆ социализированные, культурно и исторически опосредованные функции. Так, некоторые положения концепции можно применить и к анализу психосоматического развития ребенка, которое следует рассматривать как процесс активного овладения телесными функциями, разворачивающийся в соответствии с механизмами интериоризации, описанными П.Я. Гальпериным.

Для того чтобы показать возможность приложения концептуального аппарата теории поэтапного формирования в психологии телесности, проследим основные вехи психосоматического развития. Развитие телесности человека в онтогенезе происходит путем включения различных сторон телесного функционирования в социальный̆ контекст и их постепенноӗ трансформации под его влиянием. Содержанием психосоматического развития становится освоение знаковосимволической системы, включающейся в качестве посредника и регулятора в переживание и выражение телесных потребностей̆ и ощущений. В своем зрелом виде проявления телесной̆ жизни опосредуются всей структурой̆ личности человека, ее когнитивными, эмоциональными и ценностно смысловыми компонентами. Телесный феномен (например, перцептивный образ той или иной модальности, движение — любое проявление функционирования тела) оказывается представлен в сознании, будучи уже опосредованным, социальным по своей природе и принципиально доступным произвольной регуляции. Психосоматический феномен является следствием закономерной социализации телесных потребностей, ощущений, функций. Будучи опосредованным эмоционально, когнитивно, а также на смысловом уровне, телесное проявление становится доступным для осознания переживанием, образом и действием. Вследствие этого процесса одно и то же телесное событие будет создавать разные психосоматические феномены.

Не только существующие телесные феномены и действия трансформируются в процессе включения их в культурно историческую среду че рез знаково символическую систему нормативов и социальных эталонов, но так же и создаются новые психосоматические феномены, такие как образ тела, субъективное самочувствие, переживание боли, болезни и т. д. Индивидуальный рисунок психосоматического развития создается постепенностью созревания систем организма, с одной стороны, и изменени ем фокуса культурного внимания на теле ребенка в процессе его взросления — с другой. Сочетание этих факторов создает ориентировочную основу при овладении той или иной созревающей телесной функцией и действием. С этой точки зрения, все функции можно условно разделить на два больших класса: явно социально регламентируемые, подлежащие воспитанию и обучению со стороны общества, и имплицитно регламентируемые.

Существует понятие «двигательного возраста ребенка», описывающее умелость его движений и способы освоения пространства, свойственные тому или иному возрасту от младенчества до подростничества. Отступление от этого «расписания» считается в медицинском сообществе возможным признаком патологии и вызывает беспокойство у родителей, при этом определенное действие (например, регрессивный возврат к предыдущему уровню организации движения) или отсутствие действия более высокого уровня вызывает отрицательную эмоциональную коннотацию в психике ребенка, а движения, соответствующие ожиданиям, получают поощряющую эмоциональную поддержку. Здесь можно вспомнить радость и гордость семьи при виде первых шагов ребенка. Так, эмоция близкого взрослого, направлен на ребенка и разделенная им, становится одним из первых регуляторов овладения движением. Далее в процесс овладения движениями включается система представлений о теле, которой̆ взрослые и ближайшее окружение обучают ребенка, обозначая для него части его тела, их названия и границы. Сложные, дифференцированные движения нуждаются в развитой дифференцированной структуре представлений о собственном теле и неосуществимы без нее. Таким образом, овладение телесным действием требует надстройки сложной ментальной структуры, опосредующей его, меняющей функцию, превращающей просто движение тела в предметное или эмоционально выразительное действие.

З. Фрейдом была высказана идея о том, что познание ребенком своего тела связано с общим ходом его психического развития. Смещение либидо в теле, происходящее в детском возрасте, обусловливает особое внимание ребенка к конкретной части тела. Согласно Фрейду, социальное окружение ребенка влияет на психосексуальное развитие и, тем самым, на познание своего тела, однако его влияние сводится лишь к обеспечению нормальных условий этого развития.

Факторы, влияющие на психосоматическое развитие ребенка:

• Опыт прародительской семьи. По механизму психологического наследования ребенком присваиваются характерные для данной семьи способы выражения эмоций, особенности моторики, пластики, навыки совладения с критическими ситуациями, навыки регуляции эмоций.

• Собственный личностный эмоциональный и телесный опыт матери. То есть наличие в нем тех признаков, особенностей, которые могут создать риск возникновения психосоматического симптома у ребенка.

• Особенности взаимодействия ребёнка с матерью.

Николаева В.В., Арина А.Г. отмечают, что «восприятие собственного тела и система представлений о нём зависят от возраста, уровня вербального интеллекта, пола ребёнка и опыта болезни. Восприятие своего тела детьми опирается, главным образом на аффективный компонент, а с возрастом повышается значение когнитивной составляющей телесного и болевого опыта, происходит расширение категориальной структуры телесного опыта и постепенное субъективное разделение эмоциональных и соматических феноменов на вербальном уровне представлений. Постепенно формируется категория целостного тела, что способствует преодолению субъективной изолированности, фрагментарности телесных феноменов».

В исследованиях Мотовилина О.Г. (2001) показано, что представления о собственном теле отличаются у детей, в зависимости от социальной ситуации развития (дети, воспитывающиеся в условиях семьи и интерната). Необходимо отметить, что в подростковом возрасте «образ телесного «Я» характеризуется хрупкостью, нестабильностью; он легко изменяется под воздействием мотивационных конфликтов и аффективных состояний, «проницаем» для внешней оценки и переживаний успеха-неудачи».

Исследования Бесковой Д.А., Тхостова А.Ш. (2007) показывают важность исследования образа тела, образа «Я», границы образа тела не как плоскостных структур, линии, разделяющей объект и субъект, а с позиций выделения внешней и внутренней границ тела. Данные исследования позволяют говорить о возможности изучения внутренней и внешней границы образа тела, образа «Я» подростков. Внешняя граница – поверхность тела, внутренняя граница – субъективное ощущение человеком того, «где он заканчивается», или можно предполагать, субъективные переживания подростка относительно того, как он выглядит.

Теоретико-методологические основы психологии телесности позволяют по-новому подойти к анализу не только психосоматических расстройств, но и патологии, связанной с нарушением восприятия телесного облика (дисморфофобия, дисморфомания, анорексия). С другой стороны, опираясь на анализ структуры данных симптомов можно пытаться выделить нормальные феномены психосоматического развития через механизм симптомообразования данной патологии; анализ закономерностей отражения телесной сферы в норме важен для изучения механизмов нарушения онтогенеза телесности и последующего возникновения психосоматических и психопатологических заболеваний.