

## ПСИХОЛОГИЯ ТЕЛЕСНОСТИ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ТРАДИЦИОННОЙ ПСИХОСОМАТИКЕ

**Психологический онтогенез телесности.** В контексте культурно-исторического подхода уже с самого начала возникает возможность различения психосоматического феномена и психосоматического симптома (напомним, что в психоаналитической трактовке эти понятия совпадают). Психосоматический феномен не тождествен психосоматическому симптому, он является закономерным следствием социализации телесности человека, т. е. его психосоматического развития. Понятие “психосоматическое развитие” включает в себя такой аспект социализации телесности, как закономерное становление в онтогенезе механизмов психологической регуляции телесных функций, действий и феноменов. Содержанием этого процесса является освоение знаково-символических форм регуляции, трансформирующей природно заданные потребности (пить, есть и т. д.), телесные функции (дыхание, реакции боли), либо создающей новые психосоматические феномены (образ тела, образ боли, самочувствие). Характер психосоматического феномена является производным от психологических новообразований, трансформируется 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 ему символический план изначально существует наряду с натуральным планом психосоматического феномена. В совместно-разделенных телесных действиях матери и ребенка мать выполняет функцию означивания и наполнения смыслом витальных потребностей и телесных действий ребенка. В диаде телесные действия ребенка изначально оказываются вписанными в психологическую систему “образа мира”. Содержание и структура телесных действий определяются развитием системы значений и смыслов. Одной из ранних форм существования значения и, видимо, центральной для анализа процесса психосоматического развития является та его форма, которая себя осуществляет на языке чувственной (сенсорной и эмоциональной) модальности – как начальное звено процесса формирования образа тела и как посредник между более поздними и развитыми формами значения. Следующий этап развития телесных, психосоматических феноменов связан с организующей ролью системы значений уже на уровне репрезентации, на уровне символического манипулирования в плане представлений. Главным медиатором телесных действий становится вербализуемый образ тела, обретающий многообразие смысловых, характеристик в контексте целостного “образа мира”.

Можно предположить, что преобразование смысловой стороны психосоматических феноменов определяется этапами развития смыслового, интенционального компонента деятельности ребенка (смена ведущей деятельности, возникновение психологических новообразований). 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, боль до ее означивания и надления определенным смыслом ребенок не отличает от дискомфорта, а значит и не получает своего специфического поведенческого эквивалента реагирования. Власть коммуникативного смысла над телесными симптомами ребенка столь велика, что в самом процессе коммуникации симптом не только может появляться, оформляться, но и исчезать. Примером может служить магическая сила материнского поцелуя, “излечивающего” любую детскую боль, а по психологической сути – заменяющего смысл телесного явления: 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, облетающих 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 – подражательные и имитирующие. Ребенок подражает болеющим взрослым, неосознанно обучается семейным симптомам, способам их эмоционального переживания и преодоления, стереотипам 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.). Новый этап социализации телесности связан, видимо, с возникновением рефлексивного плана сознания, способного трансформировать устоявшиеся и породить 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 устойчивому существованию потенциально патогенного алекситимического стереотипа психологической регуляции или к привычному истерическому 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 сами организменные системы не остаются “безразличными” в ходе психологического их опосредствования, 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. Процесс становления психологически опосредствованных функциональных систем протекает гетерохронно, и разные организменные функции в процессе психосоматического развития обретают разную глубину и характер “психосоматичности”. Вероятно, чем больше телесная функция имеет выходов в план открытого поведения, тем больше она культурно задана, тем отчетливее ее проявления отрегулированы набором социальных норм. Лидерами здесь являются сексуальная, дыхательная функция, реакция боли: именно на базе этих телесных функций и можно наблюдать широкий спектр психосоматических расстройств. Актуалгенез психосоматических симптомов детерминирован достигнутым уровнем социализации телесности. Психосоматический дизонто-генез изучен пока очень мало, но, исходя из сформулированных теоретических посылок и набора феноменологических данных, можно предположить несколько вариантов отклонения в психосоматическом развитии ребенка: – отставание в социализации телесных функций, обусловленное задержкой процесса

психологического опосредствования. Самый наглядный пример – отставание в формировании навыков опрятности и произвольного регулирования движений, культурных форм удовлетворения потребностей. Критерием являются отклонения от социально-нормативно заданного, “эталонного” способа осуществления телесных действий; – регресс в психосоматическом развитии, который 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 рефлекслируемых 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. Как было неоднократно показано, особо патогенную роль играют симбиотическое и авторитарно-отвергающее отношения к ребенку (Эйдемиллер, Юстицкий, 1990).

Возможно, описанные варианты психосоматического дизонтогенеза не исчерпывают всей его феноменологии, но 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 архитектуру психической жизни индивида, смысловой сферы его личности, образуя при этом ее особое, высоко значимое, эмоционально насыщенное звено. Чем более вплетен телесный феномен в психическую жизнь индивида, чем более выражен “общий психологический аккомпанемент”, т. е. чем более сложна и развернута система опосредствования собственно телесных проявлений, тем труднее очертить контуры психосоматического феномена у взрослого человека. Обращение к патологии и в этом случае позволяет в более явной форме представить сложную структуру и механизмы функционирования феноменов телесности, выступающих в новом качестве – болезненных симптомов. Постановка вопроса о генезисе телесных расстройств, их структуре и динамике открывает новый ракурс анализа “движения” феноменов телесности – как процесса симптомо- и синдромообразования. В настоящее время мы можем предположить несколько основных путей актуалгенеза телесного симптома. Прежде всего, как было показано выше, психологический патогенез ряда телесных расстройств связан с отклонениями процесса социализации телесности в детстве, с искажением структуры знаково-символического и шире – психологического – опосредствования телесных феноменов. Это ставит задачу изучения того, 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, понуждающей человека разворачивать особые формы психосоматической активности. В силу большой витальной значимости болезнь фокусирует на себе психическую активность человека, становится не просто предметом пристального и пристрастного внимания, но и порождает специфическую познавательную деятельность (нозогнозию), продуктом которой являются психосоматические новообразования – внутренняя картина болезни, изменившийся образ тела, феномен самочувствия. Особую роль в их возникновении и психологическом оформлении играют личностные механизмы-медиаторы симптомообразования и деятельность саморегуляции. Они определяют глубину психосоматического расстройства (символически-конверсионный симптом, психо-вегетативное нарушение, либо органическое поражение той или иной телесной системы); от них зависит в значительной

степени возможность и резервы индивидуального приспособления и совладания, успешной компенсации болезненного состояния.

Актуалгенез психосоматических расстройств, подобно тому, как это происходит в детстве, не замыкается только на уровне интрапсихических механизмов опосредствования. При хроническом телесном страдании симптом с необходимостью становится элементом социальной ситуации развития, существования человека. Во-первых, социальная ситуация развития может способствовать актуализации закрепившихся в онтогенезе стереотипов психосоматического реагирования (например, склонность к головной боли или боли в желудке в ответ на ситуацию эмоциональных затруднений). Во-вторых, место симптома в структуре ситуации и соотношение с целостной смысловой системой личности определяют такие синдромообразующие характеристики, как ценность, преградность смысла симптома, условная выгода его. Таким образом, 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 (Арина, Тхостов, 1990). Принципиальным отличием психосоматического развития в этом периоде является ведущая роль высших форм активности субъекта – его самосознания и рефлексии. Проблемы развития телесности, ее психологического преобразования, роли знаково-символического опосредствования являются, с нашей точки зрения, центральными для психологии телесности и в настоящее время стали предметом цикла исследований, в которых общая теоретическая модель получает свое эмпирическое подтверждение и воплощение в методических разработках и практических рекомендациях

**Психология телесности и патопсихология.** Нам хотелось бы специально акцентировать внимание на преемственности нашего рассуждения, на неразрывной связи с традицией и методологией патопсихологии. Вот несколько положений, демонстрирующих эту близость: 1. Успех патопсихологии как области исследований и практики во многом обеспечен последовательным воплощением определенной логики психологического анализа. Понимание закономерностей нормального развития – ключ к изучению аномальных феноменов психики. Психология телесности как научная дисциплина воспроизводит этот путь анализа. В нашей предметной области именно в понятии “психосоматическое развитие” заключено представление о единой системе психологических закономерностей, определяющих телесное бытие человека в норме и патологии. 2. Патопсихологический синдром как инструмент анализа позволил патопсихологии не только описать структуру дефекта при различных заболеваниях, дать им психологическую квалификацию, но и сформулировать новый взгляд на клиническую феноменологию: далекие друг от друга клинические феномены оказались близкими по психологическим механизмам (примером может служить патопсихологический анализ проблематики и феноменологии шифозрени). Мы полагаем, что и в психологии телесности также можно выстроить систематику феноменологии, ее синдромы, не на клинических, а на психологических основаниях (например, как варианты психосоматического дизонтогенеза). 3. Ядро патопсихологического анализа синдромообразования составляет изучение механизмов психологического опосредствования в их динамике. С позиций культурно-исторического подхода к телесности развитие, индивидуация, отклонения в системе психологического опосредствования определяют ход и феноменологию психосоматического развития в норме и патологии, а также содержание, структуру и динамику психосоматического синдромогенеза. 4. Методические принципы диагностики, разработанные в патопсихологии, ассимилируются психологией, телесности. Так, система психодиагностики психосоматических явлений и аномалий включает не только анализ интрапсихического уровня регуляции, но и особый, самостоятельный объект диганостики

– социальную ситуацию развития. При изучении психосоматического симптомообразования этот объект встраивается в каузально-генетическую цепочку: симптом (психосоматическое расстройство, ВКБ, самочувствие) существует в контексте социальной ситуации развития – возникает либо из-за нее, либо для нее. Итак, представление о телесности как о культурно-детерминированном и психологически опосредствованном явлении не совпадает с утвердившимся в медицине взглядом на психосоматическую проблему. Эти различия носят принципиальный характер: – в психологии телесности в феноменологическое поле включаются не только психосоматические расстройства, но и феномены нормы, их возрастная динамика, психологические механизмы развития телесности; – в психологии телесности получают новое наполнение понятия “психосоматический симптом и синдром”, “психосоматическое единство”; – в психологии телесности раскрывается в новом контексте активная роль субъекта в преобразовании и развитии телесных феноменов.