

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИИ ТЕЛЕСНОСТИ

© 2003 г. В. В. Николаева*, Г. А. Арина **

* Доктор психол. наук, профессор кафедры нейро- и патопсихологии МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва

** Старший преподаватель той же кафедры

Рассматриваются клиничко-психологические проблемы новой, интенсивно развивающейся в последние годы в нашей стране области знания – психологии телесности. Содержится теоретическое обоснование ее предмета, существенно отличающегося от предмета клинической психосоматики; вводятся новые понятия – “психосоматический онтогенез-дизонтогенез”, “психосоматический синдром” и др. Обсуждается вопрос о роли знаково-символического опосредствования в генезисе различных психосоматических расстройств.

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

В развитии отечественной клинической психологии в XX в. отчетливо прослеживаются две основные тенденции: постепенное и последовательное ее отделение, “отпочкование” от медицины с выделением и уточнением как собственного психологического по содержанию предмета исследования, так и самостоятельной сферы практической деятельности; а также дифференциация отдельных областей внутри клинической психологии за счет расширения круга проблем, с привлечением новых клинических феноменов и ранее неисследованных явлений обыденной жизни [8].

В соответствии с этими общими тенденциями в последние годы интенсивно развивается новая отрасль клинической психологии – психология телесности [15], возникновению которой предшествовало интенсивное развитие психосоматического подхода в медицине [17, 18]. 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 па-

тологических 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 [14]. Само существование последних у здорового человека едва ли может вызвать сомнения: 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.) [11, 13]. 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,

становится поиск собственного предмета исследования в этой области, выделение круга научно-психологических проблем и обозначение путей их разрешения.

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. Так, в отрывках из его записных книжек мы читаем: "Нужна не физиологическая психология (Wundt), а психологическая физиология. Главное: возможность, вносимая сознанием, нового движения, нового изменения психофизиологических процессов, новых связей, нового типа развития функций – в частности, исторического с изменением межфункциональных связей – случай невозможный в плане органического развития: психологические системы. Возможность социального сознательного опыта, а отсюда и первичность сознательных структур, строящихся извне, через общение, что невозможно для одного, возможно для двух... Идея психологической физиологии" [3, с. 66].

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 [12]. 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 (ВПФ): 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 (пить, есть и др.), телесные функции (дыхание, реакция боли) или создающей новые психосоматические феномены (образ тела, образ боли, самочувствие). Формами внедрения психологической регуляции в телесные феномены являются телесные действия (имеющие план открытого поведения и потому формирующиеся по социально заданному эталону), когнитивные средства (системы означений в интрацепции и боли), смысловые структуры и эмоциональные переживания (отношение к телесному феномену).

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 [20]).

С нашей точки зрения, психосоматический феномен не тождествен психосоматическому симптому, но оба они являются закономерным следствием социализации телесности человека, т.е. его психосоматического развития.

Характер психосоматического феномена – это производное от психологических новообразований, трансформируемое в соответствии с логикой психического развития. Путь социализации телесных феноменов протекает 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. В диаде его телесные действия оказываются изначально вписанными в психологическую систему "образа мира". 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

образа тела и как посредник между более поздними и развитыми системами значения.

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" [9].

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, 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, видимо, 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 устойчивому существованию потенциально патогенного алекситимического стереотипа психологической регуляции [19] или привычному – конверсионному – способу симптомообразования психосоматических расстройств в жизненно трудных ситуациях. Видимо, здесь же надо искать и точку отсчета для возникновения ипохондрических черт личности [10].

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 [13]. Становление 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 открытое поведение, тем больше она культурно задана, тем отчетливее ее проявления отрегулированы набором социальных норм. Лидерами здесь являются сексуальная, дыхательная функции, реакция боли; именно на базе этих телесных функций и можно наблюдать широкий спектр психосоматических расстройств [15].

Таким образом, содержательное наполнение понятия “психосоматическое развитие” при любой теоретической ориентации означает, во-первых, выделение феноменов, желательно ключевых, отражающих развитие, и, во-вторых, раскрытие самих закономерностей хода, процесса развития. Трудности начинаются с первого шага – вычленения самих феноменов, которые задают, определяют психологический онтогенез телесности. Классификация и описание симптомов в том или ином виде уже созданы [1, 4], а феноменология нормального онтогенеза еще ждет своего описания. Эта ситуация уникальна: в других областях психологии накоплена огромная база описаний нормальных феноменов психического развития (мышления, восприятия, эмоций и т.д.), в соотношении с которыми и получают свое объяснение аномалии развития [5]. Лишь отдельные телесные феномены оказались вписанными в систему психологической науки; среди них можно упомянуть психомоторные действия в контексте психологии образа и произвольной регуляции деятельности, а также психологический феномен внешности (телесного облика) – как структурный элемент образа Я. Однако можно утверждать, что культурная, психологическая детерминация участвует в становлении и других функциональных систем организма, телесных действий и феноменов. В психосоматике нужен специальный этап – аналитического, экспериментально-исследовательского вычленения **НОРМАЛЬНЫХ** психосоматических феноменов.

Возможный поиск психосоматических феноменов **НОРМЫ** связан с переносом – по аналогии – закономерностей психического развития в плоскость психосоматического онтогенеза. С позиций культурно-исторического подхода к телесности психосоматический онтогенез имеет два контура: внешний – процесс социализации телесных функций, и внутренний – психологизация тела. Важнейшим является традиционный вопрос о том, как происходит процесс интериоризации. По нашему мнению, центральную роль на ранних этапах психосоматического онтогенеза играет совместно-разделенная эмоция, сопровождающая все поворотные моменты телесного развития ребенка. Нормальное развитие обеспечивает прежде всего совместная радость, маркирующая все этапы зарождения и закрепления психосоматиче-

ской связи¹. В случае ее замещения родительской тревогой возникает риск возникновения психосоматических отклонений. Табуирование телесных проявлений как важнейший инструмент социализации развития операционально может выражаться не только в прямом запрете или наказании, но и в “ненаделении” того или иного действия поощрительной эмоцией. Результатом является культурное тело, которое, пройдя социально-нормативные трансформации: табуирование, подражание и специальное обучение, обретает *внутренний* план регуляции – интрапсихические средства.

Таким образом, искать психосоматические феномены нормы надо не только там, где социализация накладывает ограничения на функции “натурального” тела (как это принято в психоаналитической традиции), но, главным образом, там, где есть совместные эмоции – радости, удивления, тревоги и др.

Другой возможный способ вычленения явлений психосоматического развития опирается на анализ структуры психосоматических симптомов: можно попытаться нормальные феномены выделить через механизм симптомообразования и тем самым открыть тот нормальный психосоматический процесс, на котором “паразитирует” симптом. 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 (эта часть тела или телесная функция должны быть осмыслены как коммуникативно важные и отдифференцированные от других). 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. (Это только пример возможного хода рассуждения на данную тему.)

С помощью такого анализа можно выделить первоначальный ряд психосоматических явлений: образ тела, образ боли (который есть и должен быть в норме), категориальная структура представлений о собственном теле, телесное самочувствие с его эмоционально дифференцированным содержанием, основные телесные действия и навыки, феномены невербальной коммуникации и т.д. Список открыт, и его наполнение является насущной задачей.

¹ Убедительным примером может служить функциональная роль общего праздничного настроения семьи в случае успешного приучения ребенка к горшку, подкрепляющая данный навык и включающая его в систему эмоциональной коммуникации семьи. В этом свете становится очевидным, что длительное использование памперсов нарушает процесс социализации навыков выделения, не только создавая задержку произвольной регуляции, но и лишая психосоматическое развитие ребенка его смысловой опоры в эмоции радости.

Общее представление о том, что психосоматическое развитие ребенка как в норме, так и в патологии подчиняется общим возрастным закономерностям и определяется индивидуальными особенностями ребенка, его специфическим телесным опытом, социальной ситуацией развития в целом, может быть конкретизировано в анализе ряда центральных феноменов психосоматического развития.

– Восприятие собственного тела и система представлений о нем зависят от возраста, уровня вербального интеллекта, пола ребенка 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. 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 [6].

– 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 [7].

– Структурно-динамические особенности эмоционального опыта – степень дифференцированности и многообразие переживаний, способы овладения с фрустрирующими ситуациями – закономерно изменяются с возрастом и оказывают либо сано-, либо патогенное влияние на психологический онтогенез телесности. Существует 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 ее эмоционального реагирования.

Даже первичный эмпирический анализ ряда психосоматических феноменов показывает, что актуалгенез психосоматических симптомов детерминирован достигнутым уровнем социализации и психологического опосредствования телесности. Исходя из сформулированных теоретических посылок и феноменологических данных, психосоматический дизонтогенез, его варианты и закономерности нельзя свести к клинической классификации психосоматических расстройств. По аналогии с анализом типов и механизмов психического дизонтогенеза [5] можно выделить и несколько вариантов отклонения в психосоматическом развитии:

– 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 играет симбиотическое и авторитарно отвергающее отношение к ребенку [16].

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, высокозначимое, 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.

Патология 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, побуждающей человека проявлять особые формы психосоматической активности. В силу большой витальной значимости болезнь фокусирует на себе психическую активность человека и не просто становится предметом пристального и пристрастного внимания, но и порождает специфическую познавательную деятельность (нозогнозию), продуктом которой являются психосоматические новообразования – внутренняя картина болезни [10], 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, психовегетативное 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 определяет такие синдромообразующие характеристики, как ценность, преградность смысла симптома, условная выгода его [15].

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 [2]. Принципиальным отличием психосоматического развития в этом периоде является ведущая роль высших форм активности субъекта – его самосознания и рефлексии.

Становление психологии телесности как научной дисциплины и новой области отечественной клинической психологии ставит вопрос об инструменте психологического анализа явлений телесности. Основой может послужить 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.

Одним из достижений этой школы является теоретическое и эмпирическое обоснование синдромного анализа нарушений психики. Психологический синдром, позволяющий описать структуру нарушений, дать психологическую интерпретацию клинической феноменологии, вычленив психологические механизмы аномалий, может стать важным инструментом исследования психосоматической феноменологии. В психологии телесности также может быть рассмотрен особый тип синдрома – психосоматического.

Синдромный анализ не является инструментом чисто эмпирическим, он опирается на ясно сформулированные в школе Выготского – Лурия принципы психологического исследования, поэтому не может быть автоматически применен к любой новой феноменологической области. 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). Конкретные

формы воплощения знаково-символической регуляции – смысловые, когнитивные, эмоциональные механизмы – детерминируют возрастную динамику “психологизации” телесности и являются центральными симптомообразующими факторами в случае патологии.

2. Объект исследования должен быть представлен в качестве системного, мультикаузального как в своем нормальном развитии, так и в структуре дефекта. С этой точки зрения тело рассматривается как иерархически организованная квазисистема с различными уровнями регуляции и дисрегуляции (через разные отделы нервной системы и собственно психологически – на уровне ощущений, образа и смысла тела, его симптомов). Интерпсихологический уровень регуляции составляет центральный аспект ранних онтогенетических этапов социализации телесности, обеспечивая поступательность и закономерность психосоматического развития. У взрослых интерпсихологический аспект регуляции телесности существует в основном в “свернутом” виде, однако может выступать и как ведущий психологический фактор симптомогенеза (как в случае конверсионных расстройств), обслуживая процессы нарушенной коммуникации.

Таким образом, структура психосоматического синдрома является сложной, иерархически организованной системой, включающей не только механизмы психофизиологического, интрапсихического уровня регуляции, но и факторы социальной ситуации развития телесности как важнейшие детерминанты симптомообразования. Разное содержание психологических факторов симптомогенеза в зависимости от возраста и достигнутого уровня опосредствования телесности означает нетождественность психологического синдрома клинической картине телесного расстройства. 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. Например, приступ одышки может воспроизводить привычный стереотип реагирования, освоенный в детстве, и быть элементом невербальной коммуникации, передающим личностно значимые смыслы, отношения и т.д. Так как различен психологический смысл симптома, то и возможности психотерапевтического воздействия на него будут различаться в соответствии с возрастными трансформациями и ведущими механизмами симптомообразования.

Представление о телесности как о культурно-детерминированном и психологически опосредствованном явлении позволяет включить психосоматическую феноменологию в предметное поле психологии, в широкий контекст гуманитарного

знания (философского, культурологического, этнографического).

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.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. М., 1999.
2. Арина Г.А., Тхостов А.Ш. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Психодиагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии / Ред. М.М. Кабанов. Л., 1990. С. 32–38.
3. Выготский Л.С. Из записных книжек // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. 1982. № 1. С. 63–71.
4. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб., 1996.
5. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. М., 1985.
6. Мотовилин О.Г. Развитие представлений о собственном теле у детей в условиях семьи и интерната: Автореф. дис. ... канд. психол. наук, 2001.
7. Николаева В.В., Арина Г.А. Тяжелобольной ребенок: штрихи к психологическому портрету // Школа здоровья. 1995. № 2. С. 10–21.
8. Поляков Ю.Ф. Теоретико-методологические проблемы патопсихологии // Введение к кн. Соколовой Е.Т., Николаевой В.В. “Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях”. М., 1995. С. 9–26.
9. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М., 1989.
10. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., 1995. С. 9–26.
11. Телесность человека: междисциплинарные исследования / Под ред. В.В. Николаевой, П.Д. Тищенко. М., 1991. 1993.
12. Тищенко П.Д. Герменевтика и здоровье // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1991. С. 36–45.

13. Тищенко П.Д. Жизнь как феномен культуры // Биология в познании человека. М., 1989. С. 243–252.
14. Тищенко П.Д. О диалектике становления системы жизнедеятельности человека // Здоровье и экология человека: философские и методологические аспекты. М., 1986.
15. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М., 2002.
16. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. Л., 1990.
17. Alexander F., French T.M., Pollock G.H. Psychosomatic Specificity. Experimental Study and Results. Chicago: Univ. Chicago Press, 1968.
18. Engel G.L., Schmale A.H. Psychoanalytic Theory of somatic disorder // J. Amer. Psychoanal. Ass. 1967. № 15. P. 344–365.
19. Sifneos P.E. The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients // J. Psychother. Psychosom. 1973. № 22. P. 255–262.
20. Schur M. Comments of the metapsychology of somatization // Psychoanal. Stud. Child. 1955. № 10. P. 119–164.

CLINICAL-PSYCHOLOGICAL PROBLEMS OF BODILY PSYCHOLOGY

V. V. Nikolaeva*, G. A. Arina**

*Dr. sci. (psychology), professor of the chair of neuro- and pathopsychology, MSU, Moscow

**Senior academic of the same chair

There are considered some clinical-psychological problems of bodily psychology, which is new and intensively elaborated in our country branch of science. Theoretical foundation of its subject that differs significantly from the subject of clinical psychosomatics is analyzed and new notions are advanced like psychosomatic ontogenesis-disontogenesis, psychosomatic syndrome, etc. The role of symbolic mediacy in genesis of different psychosomatic diseases is discussed.

Key words: bodily psychology, psychosomatics, psychosomatic development, psychosomatic disontogenesis, symbolic mediacy, symptomogenesis.

НОВЫЙ ЖУРНАЛ "ОДАРЕННЫЙ РЕБЕНОК"

Сегодня ни у кого не вызывает сомнений оправданность тех мер, которые принимаются во всем мире для поддержки и развития одаренных детей. Именно эти дети составляют главную ценность любого государства, стремящегося к процветанию. Именно их творческие и интеллектуальные способности – залог прогресса общества.

Несмотря на важность данной проблематики, она до недавнего времени не имела своего "голоса" в прессе. Поэтому появление журнала, посвященного проблематике диагностики и развития детской одаренности, представляется чрезвычайно актуальным. В нем собран материал, в котором содержатся концептуальные модели детской одаренности и практические разработки, выполненные на их основе.

Журнал рассчитан на широкий круг читателей. Его создателям удалось органично сочетать научный и научно-популярный стили изложения материала. Поэтому он способен заинтересовать и специалиста-исследователя, и педагога-практика, и родителей, помогая им раскрыть внутренний потенциал личности своего ребенка.

Содержание журнала выстроено по принципу "от науки к практике". Рубрика "Наука – педагогу" знакомит с современными теоретическими разра-

ботками, концепциями и программами развития детской одаренности. Что такое детская одаренность? Какова ее основа, механизмы и главные составляющие? – вопросы, которым посвящена эта рубрика.

С психологическими особенностями, различными формами развития, обучения и воспитания одаренных детей в нашей стране и за рубежом ознакомит рубрика "Одаренные дети и современное образование".

Несомненный интерес педагога-практика и родителей вызовут материалы, собранные в "Копилке педагога и психолога" и "Родительской гостиной". Здесь они найдут различные тесты, анкеты, упражнения и игры, помогающие выявлять и развивать талантливых детей в среде сверстников.

Заслуживает внимания и рубрика "Библиоглобус". Собранные в ней обзоры и аналитические статьи помогут читателю не только быть в курсе всех новинок педагогической литературы, но и ориентироваться в изобилии детских развивающих игр и дидактических материалов.

Журнал выходит 6 раз в год и распространяется по подписке.