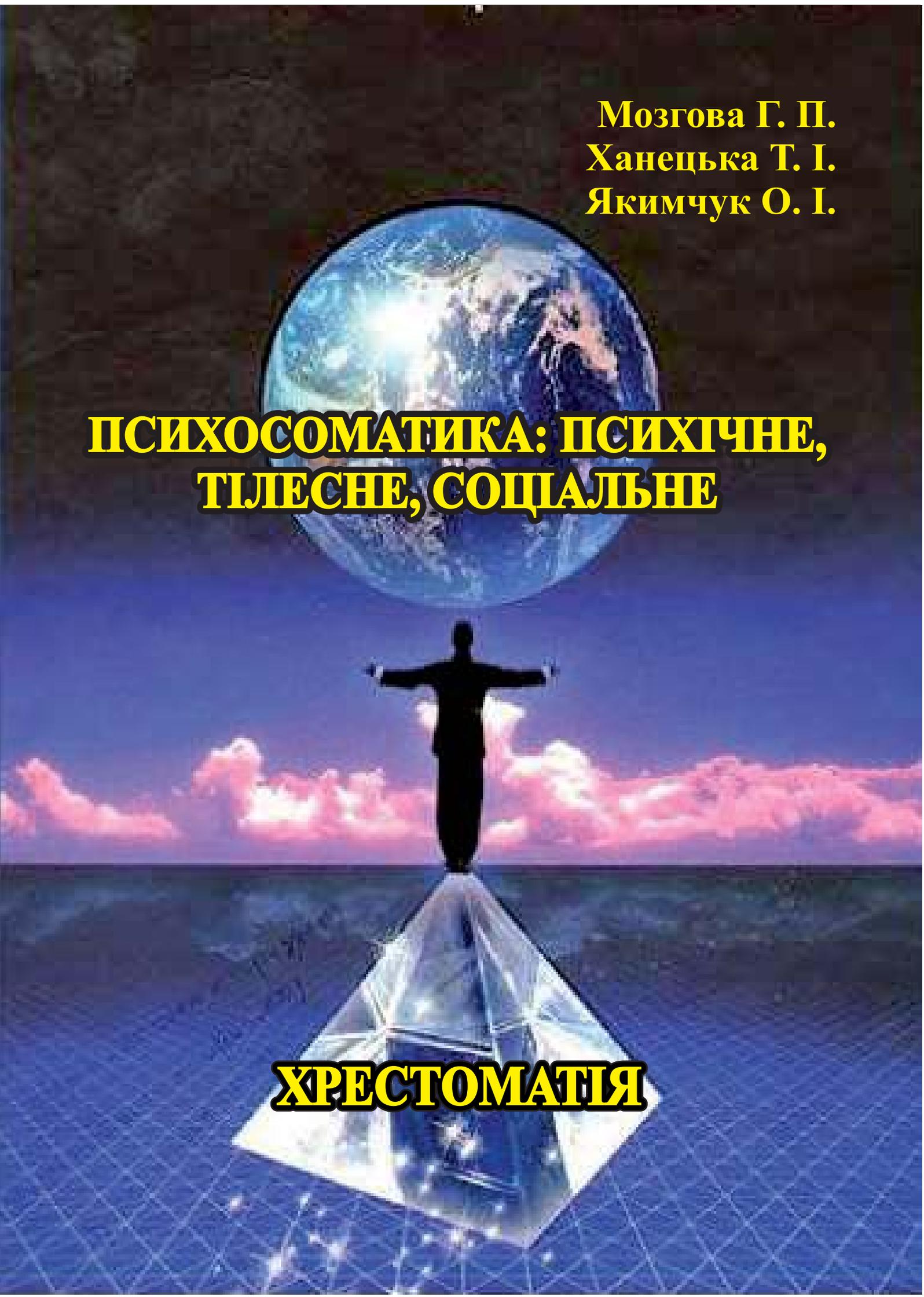


Мозгова Г. П.
Ханецька Т. І.
Якимчук О. І.



**ПСИХОСОМАТИКА: ПСИХІЧНЕ,
ТІЛЕСНЕ, СОЦІАЛЬНЕ**

ХРЕСТОМАТІЯ

**Міністерство освіти і науки України
Національний педагогічний університет
імені М. П. Драгоманова**

*Факультет психології
кафедра психосоматики та психологічної реабілітації*

Г.П. Мозгова, Т.І. Ханецька, О.І. Якимчук

**ПСИХОСОМАТИКА: ПСИХІЧНЕ, ТІЛЕСНЕ,
СОЦІАЛЬНЕ**

ХРЕСТОМАТІЯ

*Навчальний посібник
для студентів вищих навчальних закладів*

Київ – 2021

ББК 88.8
УДК 159.9

Схвалено Вченою Радою НПУ імені М.П.Драгоманова
(протокол № 4 від 22.10.2020 року)

Мозгова Г.П., Ханецька Т.І., Якимчук О.І.
Психосоматика: психічне, тілесне, соціальне. Хрестоматія:
Навчальний посібник. - К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2021. -
383 с.

Рецензенти:

Н.В.Чепелєва дійсний член НАПН України, доктор психологічних наук, професор, заступник директора з наукової роботи Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України;

Д.І. Шульженко доктор психологічних наук, професор
Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова

Посібник включає статті та витримки із статей і монографій, що відображають наукові позиції відомих вчених в галузі психосоматики. Тексти підібрані відповідно до тем типової програми із психосоматики. Навчальний посібник доповнює матеріали підручників із психосоматики та може бути рекомендований викладачам вищої школи при підготовці студентів, психолога-практикам, студентам вищих навчальних закладів, а також широкому колу фахівців, які орієнтовані на роботу з людьми й зацікавлені у підвищенні ефективності надання психологічної допомоги.

ISBN 978-966-931-238-9

© Мозгова Г.П., Ханецька Т.І., Якимчук О.І., 2021
© НПУ імені М. П. Драгоманова, 2021

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	5
РОЗДІЛ 1. Взаємозв'язок психіки та здоров'я	8
1.1. Джеймс Браун. Психосоматический подход	8
1.2. Франц Александер, Шелтон Селесник Психосоматический подход в медицине.....	31
1.3. Станислав Гроф. Новый взгляд на реальность и человеческую природу	49
1.4. Перетяцько Л.Г. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми.....	62
1.5. Близнюк А.И. Психосоматическая патология, классические теории и современные концепции.....	73
1.6. Шустов Д.И., Шустова С.А. Классические концепции психосоматической медицины.....	88
1.7. Бекоева Д. Д. Особенности психосоматического исследования	95
1.8. Твердохліб О. Ф., Ковбаса І. В. Дослідження засобів і методів психосоматичної регуляції сучасних оздоровчих систем....	101
1.9. Хаустова О.О. Психосоматичні маски тривоги.....	107
РОЗДІЛ 2. Від традиційної психосоматики до психології тілесності	136
2.1. Мишель Фуко. Тело	136
2.2. Вера Каппони, Томаш Новак. Как говорит со своим телом.....	173
2.3. Александр Лоуэн. Психология тела.....	195
2.4. Арина Г. А. , Николаева В. В. От традиционной психосоматики к психологии телесности.....	230
2.5. Шмаргун В. М. Феномен тілесності як ментальний ресурс розвитку людини	244
2.6. Березіна В.В. Комплексна природа феномену «душа-тіло». Завдання психосоматики.....	253
2.7. Бондар К. В. Теоретико-методологічні підходи до розгляду феномену тілесності	258

РОЗДІЛ 3. Вплив соціального фактору на виникнення психосоматичних розладів.	267
3.1 Попков В. М., Черненко Ю. В. и др. Факторы, влияющие на развитие психосоматических патологий	267
3.2 Елисеев Ю. Ю. Эмоции отрицательные и положительные, их влияние на здоровье человека	278
3.3 Шмаргун В. М. Психосоматична гармонізація розвитку людини.....	298
3.4 Латышева М. А. Проблема психосоматического развития в детском возрасте: подходы и методы исследования.....	308
3.5 Симоненко И. А. Качество привязанности ребенка к матери как фактор развития психосоматических расстройств у детей	316
3.6 Грицюк І.М. Психосоматичні прояви психологічних порушень у дітей, що пережили психотравмуючу ситуацію.....	328
3.7 Еремина Н.Ю. Психосоматические расстройства у детей в семьях с различными стилями семейного воспитания.....	334
3.8 Серых Анна, Басюк Виктор, Лифинцева Алла Особенности детских психосоматических расстройств.....	343
3.9 Мамайчук И. И. Психологическая помощь детям и подросткам с соматическими заболеваниями.....	352
ЛІТЕРАТУРА	374



ПЕРЕДМОВА

Сучасне урбанізоване та інформаційно-технізоване суспільство пред'являє дуже високі вимоги до психофізіологічних механізмів життєдіяльності людини (рухових, сенсорних, інтелектуальних). Так виникла та все більше посилюється соціально-біологічна аритмія й дисгармонія розвитку людини. Життєдіяльність сучасної людини настільки інтелектуально та психоемоційно напружена, що вона наповнюється великою кількістю патогенних, стресогенних ситуацій та факторів.

Психічне як суб'єктивна реальність, духовний образ предметів та процесів, слугує планом й алгоритмом дій людини. За І. Кантом, різниця між ідеальним та матеріальним - це різниця між думкою про предмет та самим предметом думки. Свідомість, думка не є мікроскопічною копією предмету чи якимось фізико-хімічним відбитком.

Отже, першочерговим та основним завданням, яке постає перед психологами, які звернулись до психосоматичної проблематики, це пошук предмету дослідження у даній галузі. Тілесність виявилась "terra incognita" для психологічної науки, не дивлячись на свою реальність. Декларуючи психосоматичну єдність людини, психологія займається, переважно, явищами свідомості, вищої психічної діяльності, а тілесність залишається для неї відчуженою, природно організованою та природно готовою до життя якістю. Із досліджень процесу становлення людини – соціалізації й опосередкування її функцій – випала одна з фундаментальних сторін: природня життєдіяльність самої людини, її тілесне існування. Теоретико-методологічною основою принципово нового підходу до

психосоматичної проблеми може стати концепція Л. С. Виготського, в текстах якого ми знаходимо думку про те, що тілесні процеси людини вимагають нового розуміння. Так, в уривках з його записних книжок ми читаємо: «Нужна не физиологическая психология (Wundt), а психологическая физиология. ... Надо от системы ясных понятий (психологии) идти к физиологии». Таку можливість відкриває уявлення Л. С. Виготського про закономірність психологічного онтогенезу, опосередкованого будовою вищої психічної функції (ВПФ). Думка про нову якість фізіологічних систем людини, яка виникає внаслідок культурно-історичного становлення свідомості, може бути віднесена до всієї соматичної сфери людини, яка набуває нової якості у процесі її культурного розвитку. У рамках даного підходу тілесність вперше стає не тільки предметом аналізу, але й включається у широкий контекст гуманітарного знання (психологічного, філософського, культурологічного, етнографічного).

Таким чином, можна уявити, що відхилення від культурного шляху розвитку і є один із центральних витоків порушень тілесних функцій та виникнення психосоматичних розладів. Людина входить до культури, спілкується з іншими людьми, здійснює свідому діяльність і живе під впливом зовнішніх природних та соціальних факторів. У цьому відношенні людина є складною біопсихосоціальною сутністю, яка підлягає всім законам як першої (природної), так і другої (культурної) природи. Природний початок у житті та діяльності людини підпорядковується всім законами світу, а другий - культурою (філософією, наукою, мистецтвом, релігією тощо).

Сам факт виникнення та розвитку психосоматичного напряму свідчить про органічну єдність соматичного та психічного в генезі здоров'я та хвороб. При цьому звертає на себе увагу соціально-інформаційна перенапруга свідомості сучасної людини. Значне збільшення квоти розумової праці при помітному зменшенні фізичних навантажень поставило перед філософією науки завдання осмислення діалектики психосоматичної єдності та протиріч в цілісній структурі особистості.

Можна констатувати, що у ХХ столітті були створені *основи теорії про цілісність організму*, психосоматичну єдність та систему управління його функціями у мінливих умовах зовнішнього

середовища й особливо сучасної цивілізації та «хворобах цивілізації». Сьогодні замість половинчатого (тіло, душа) утворюється вчення про єдиний цілісний організм з його зв'язками та відношеннями з оточуючим світом.

Запропоноване видання хрестоматії є навчальним посібником, який доповнює матеріали підручників із психосоматики та може бути рекомендований викладачам вищої школи при підготовці студентів психологічних спеціальностей з курсу дисципліни «Психофізіологія та психосоматика». В хрестоматію включено статті та витримки із статей та монографій, що відображають наукові позиції відомих науковців, що розробляли той чи інший аспект досліджень психосоматичного напрямку.

При розробці навчального посібника автори керувалися необхідністю сприяти забезпеченню ефективності самостійної роботи студентів з даної навчальної дисципліни, питома вага якої значно зросла у зв'язку з переходом навчальних закладів України на модульно-рейтингову систему. Використання матеріалів хрестоматії дасть змогу викладачам ефективно організовувати такі форми самостійної роботи студентів як анотування та конспектування першоджерел. Такі форми роботи спрямовані на забезпечення більш глибокого та свідомого засвоєння інформації з тієї чи іншої теми та проблеми курсу.

Також даний навчальний посібник може бути рекомендований психологам-практикам та широкому колу фахівців, які орієнтовані на роботу з людьми й зацікавлені у підвищенні ефективності надання психологічної допомоги.

РОЗДІЛ 1. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПСИХІКИ ТА ЗДОРОВ'Я

Джеймс БРАУН

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД

(Браун Дж. Психология Фрейда и постфрейдисты. - М., 1997. - С.115-139)

Психосоматические расстройства, строго говоря, принадлежат к пограничной территории между психоанализом и медициной тела. Тем не менее они заслуживают упоминания здесь, во-первых, потому, что психоанализ сыграл главную роль в создании психосоматической точки зрения, а, во-вторых, потому что они оправдывают обсуждение некоторых авторов, внесших вклад в эту область. Георг Гроддек, Вильгельм Райх, Франц Александер и Дж. Л. Холлидей - все тем или иным образом применяли теорию Фрейда для решения проблем органических и социальных болезней, и, соответственно, удобно будет упомянуть о них здесь.

Вплоть до 18 и начала 19 века такие психологические факторы как потеря удачи, смерть любимого человека или разочарование в любви, вполне естественно признавались терапевтами как играющие важную роль в порождении заболевания. Но к концу 19 века растущие знания в области патологии и введение новых методов в микроскопии привели немецкого патолога Вирхова и других к предположению, что все заболевания носят органический характер, что до тех пор, пока под микроскопом не могут быть обнаружены заметные клеточные изменения, о существовании какой-либо болезни не может быть и речи. Это убеждение в психиатрии сказалось на отвлечении внимания от психологических факторов и сосредоточении его на физических, и этот подход казался полностью подтвержденным, когда в большом количестве умственных расстройств была действительно обнаружена органическая причина (например, открытие, что общий паралич сумасшедшего является формой сифилиса нервной системы). Однако, к началу нашего столетия труды Фрейда, Джэнета и Крэпелина вновь привлекли внимание психиатров к понятию психологически-производимого расстройства, хотя лишь в сравнительно недавнем прошлом мы пришли к осознанию того, что органические

заболевания, равно как и умственные, могут иметь психологическое происхождение. Многие, слыша о том, что психологические факторы в силах влиять на течение органического заболевания, или даже инициировать его, весьма туманно представляют, что в точности при этом происходит.

Следует ли предполагать, что неосязаемая сущность, описываемая как "разум", сущность, которую не в силах продемонстрировать ни один из известных научных методов, может быть причиной весьма осязаемых последствий? Один из возможных ответов на этот вопрос заключается в том, что существование разума представляет собой философскую проблему, разрешить которую ученый не в силах, хотя вполне можно допустить, что когда-нибудь в будущем он смог бы показать, что гипотеза разума была излишней для объяснения его наблюдений; однако мы не касаемся непосредственно этой проблемы, когда говорим о психологических факторах заболевания. Терапевт или психоаналитик оставляет проблему разума в стороне, поскольку вопрос о том, материализм ли, идеализм, или та или иная дуалистическая философия является истинной, имеет очень небольшое практическое значение в лечении заболевания. То, что мы в действительности имеем в виду, показано Уильямом Уайтом в его книге "Смысл заболевания": "Ответом на вопрос: в чем заключается функция желудка, является пищеварение, представляющее собой лишь маленькую часть деятельности целостного организма и лишь опосредованно, хотя, конечно, важно, относится к другим его функциям. Но если мы возьмемся ответить на вопрос: "Что делает человек?", мы ответим в терминах целостного организма, говоря, например, что он прогуливается по улице, или участвует в забеге, или идет в театр, или изучает медицину, или что бы то ни было еще... Если разум суть выражение целостной реакции, в отличие от частичной реакции, тогда любому живому организму следует приписать психические, то есть целостные типы реакции." Таким образом, психический или психологический фактор может, для практических целей, рассматриваться как относящийся к целостным реакциям индивида, а "психосоматическое" или "психологическое" заболевание суть такое, которое невозможно вполне понять, не принимая в расчет отношений пациента как уникальной персоны к его окружению, к самому себе и к другим людям.

Хотя непосредственно сам Фрейд не внес большого вклада в

изучение психосоматических заболеваний, его теории сделали возможным серьезное рассмотрение психологически-продуцируемой болезни, первоначально, как мы видели, в области невроза. Первым аналитиком, заинтересовавшимся психологическими аспектами органического заболевания, был Георг Гроддек (1866-1934) из Баден-Бадена, который в работах "Книга об Оно", "Мир человека" и "Неизвестная Самость" выдвинул несколько диковинную и в большей степени интуитивную теорию, основанную на его опыте анализа случаев заболевания сердца, нефрита, рака и других серьезных органических болезнях. Индивид, согласно этой теории, не живет своей собственной жизнью и имеет мало общего со своей судьбой. Фактически, проживается "Оно", которое, по-видимому, мыслится как соединение Фрейдовского "Ид" с мудростью юнговского коллективного бессознательного. Это "Оно" решает, когда будет рожден индивид, а также, когда ему предстоит умереть, преуспее ли он в своих начинаниях, когда и как его настигнет болезнь. Каждое заболевание, от бородавки до рака, суть выражение вездесущего и всемогущего "Оно". Например, одной женщине с маленькой бородавкой на внутренней стороне бедра Гроддек сказал, что она желала стать мужчиной, и поэтому произвела (или, скорее, ее "Оно" произвело) миниатюрный пенис. Женщина с опухолью матки, очевидно, развила опухоль потому, что, из-за отсутствия детей, "Оно" породило этот выросший в ней смертоносный заменитель "ребенка". Человек с переломом был бы спрошен: "Зачем вы сломали себе руку?", а пациент с ларингитом - "Почему вы пожелали быть неспособным говорить?". (Альфред Адлер, по крайней мере в случае незначительных недугов, кажется, придерживается сходных взглядов по поводу того, что он описывает как жаргон органов). Следующая цитата, взятая из книги "Неизвестная Самость", иллюстрирует подход Гроддека: "[Психоанализ] обращается к самому пациенту, к его психе, к его сознательному разуму, и все же еще в большей мере - к его бессознательному, с вопросом: "Почему вы инфицировали себя? Что заставило вас подтолкнуть некоторые микроорганизмы вокруг и внутри вас размножиться до такой степени, что вы смогли воспользоваться ими с тем, чтобы сделать себя больным?" А на эти вопросы тот, кто пользуется методом, предложенным нам Фрейдом, получит ответ, и, по-видимому, истинный ответ, или, по крайней мере, полезный, поскольку часто, действительно очень часто, "Оно"

отказывается от болезни, как только ему задается вопрос таким образом, что оно может ответить. Казалось бы, болезнь часто является лишь средством избежать чего-то непонятного и защитой от чего-то невыносимого. Здесь мы находим объяснение подверженности инфекции детьми, поскольку детям жизнь приносит самые невыносимые вещи. Другими словами, без Фрейда и психоанализа мы не знали бы того, что знаем теперь, - что любая болезнь имеет определенный смысл для страдающего, что она преднамеренна, осознанно или неосознанно преднамеренна, и что она может быть исцелена путем обнаружения этого намерения, этого смысла."

Легко отбросить Гроддеково объяснение манифестаций "Оно", как полностью абсурдное, и, очевидно, было бы неверным предположить, что все болезни могут быть объяснены столь просто. Однако, придерживаясь этих взглядов, Гроддек был значительно ближе к истине, чем (другая крайность) всецело механистические терапевты его времени. Кости иногда ломаются для удовлетворения бессознательных влечений, и поэтому "Почему вы позволили себе пораниться?" может оказаться безусловно разумным вопросом. Люди часто развивают дефекты голоса из-за нежелания говорить, и недавние показания заставляют предположить, что может существовать некоторая связь между стерильностью или фригидностью и раком детородных органов. Неверным в теории Гроддека было то, что она охватывала слишком многое, и то, что он никогда не утруждал себя тем, чтобы дать сколько-нибудь приемлемое объяснение того, что на самом деле происходило. Мы не слишком просвещаемся от того, что нам говорят - "Оно" порождает заболевание, если мы не знаем (а) чем в действительности является "Оно" и (б) каким образом оно действует.

Этот недостаток был по крайней мере отчасти устранен Францем Александером из Чикаго, в чьей книге "Психосоматическая медицина" предмет рассматривается с комбинированной физиологически-психологической и вполне научной точки зрения. Александер, директор Чикагского Института Психоанализа, является фрейдистом, разошедшимся с ортодоксальной теорией во многих, относительно незначительных, аспектах, которые могут быть упомянуты здесь лишь вкратце:

1) Он придерживается неортодоксальных взглядов, впервые

предложенных Ференци, касательно природы сексуальности.

2) Он склонен уделять меньше внимания стадиям инфантильной сексуальности, как они описаны Фрейдом, и замещает их теорией трех элементарных тенденций, определяемых им как: получать или брать, сохранять и давать или уничтожать.

3) Он придает важное значение вытесненной агрессии.

4) Он более, чем ортодоксальные фрейдисты, склонен признавать важность культурных факторов, хотя и в меньшей степени, чем так называемые культурные школы Фромма, Хорни и Салливана.

5) Он пользуется сокращенной формой анализа.

Единственный из этих пунктов, требующий дальнейшего детального рассмотрения, - первый, касающийся природы сексуальности. Александер убежден в том, что сексуальность не является качественно отличной от других форм поведения, и что отличие здесь скорее количественное. По его собственным словам: "Избыточная энергия, оставшаяся от других форм деятельности, высвобождается в эротическом поведении". Далее он говорит о том, что любой избыточный прилив эмоций, не будучи целенаправленно интегрированным с другими реакциями, может становиться эротическим: например, враждебные чувства оборачиваются садизмом, чувства вины - мазохизмом, любопытство - скоптофилией (т.е., удовольствием от подглядывания), а гордость - эксгибиционизмом. Все несексуальные эмоции имеют сексуальные эквиваленты: "Не их качество, но степень вовлеченного напряжения и способ высвобождения делает их сексуальными".

Чтобы понять зарождение психосоматических заболеваний (строго говоря, все заболевания являются психосоматическими, но здесь мы употребляем это слово в его наиболее определенном смысле для обозначения тех органических расстройств, в отношении которых есть основания считать, что в их развитии главную роль сыграл эмоциональный стресс), необходимо кое-что сказать об анатомии и физиологии нервной системы. В нервной системе имеются различные уровни, от высших и наиболее сознательных до бессознательных и более или менее автоматических центров, ответственных за адаптацию положения тела, поддержание равновесия и координацию движений. Но, помимо центральной нервной системы, включающей в себя головной и спинной мозг с сенсорными и моторными нервами, осуществляющих передачу в обоих направлениях, существует и более

примитивная система, известная как автономная нервная система, образованная двумя тонкими нервными цепочками с ганглиями или узлами нервных клеток, располагающимися на расстоянии друг от друга по обеим сторонам позвоночного столба позади брюшной полости, таза и грудной клетки. Солнечное сплетение в верхней части брюшной полости представляет собой один из таких ганглиев, и, в точности так же, как нервы центральной нервной системы, идущие к коже и произвольным мышцам, делятся на два основных типа - моторные (связанные с движением) и сенсорные (связанные с ощущениями), так и нервы автономной нервной системы поддерживают работу наружных органов и разделены на парасимпатическую и симпатическую группы. Управляющий центр автономной нервной системы лежит у основания головного мозга в области, известной как гипоталамус. Эта система обеспечивает работу желудка, кишечника, сердца, кровеносных сосудов и других органов, включая важные эндокринные железы, и ее значение заключается в том факте, что здесь расположено физиологическое основание эмоции.

Александр сравнивает жизнь организма с жизнью нации, в которой есть два экстремальных состояния: война и мир. Война представляет такое состояние дел, при котором организм вынужден иметь дело с непредвиденной ситуацией, а мир - такое, при котором он находится в состоянии отдыха и расслабления. "Военная экономика означает приоритет военного производства и запрет некоторых производств мирного времени. Вместо легковых автомобилей производятся танки, вместо предметов роскоши - военное снаряжение. В организме эмоциональное состояние готовности соответствует военной экономике, а расслабление - мирной экономике, поскольку некоторые системы органов, необходимые в экстремальной ситуации, стимулируются, в то время как другие подавляются" ("Психосоматическая медицина"). Именно симпатическая часть автономной нервной системы готовит к экстремальной ситуации или, в биологических терминах, к борьбе или бегству, а когда симпатические нервы стимулированы, происходят определенные телесные изменения: сердце бьется быстрее, зрачки расширяются, желудочная активность (процесс мирного времени) подавляется, из печени высвобождается сахар и так далее. Эти активности сопровождаются выделением из надпочечных желез

гормона адреналина, интенсифицирующего их действие. Расширенные зрачки, бледность кожи (вследствие сужения малых кровеносных сослов) и частый пульс составляют внешне наблюдаемые признаки таких экстремальных реакций в страхе и злости, которые выполняют функцию увеличения эффективности действия (борьбы или бегства). Когда, с другой стороны, организм отдыхает - например, после сытного обеда, или после полового акта или сна - происходят обратные изменения вследствие парасимпатической стимуляции: сердце бьется медленно, желудок продолжает переваривать свое содержимое, кожа приобретает румянец, зрачки сужаются, а в печени откладывается сахар. Таким образом, симпатическая активность является процессом распада (катаболическим), тогда как парасимпатическая активность суть процесс накопления (анаболический), и эти две фундаментальные реакции полезны животным тем, что они готовят организм к действию или к расслаблению. Но человеческие существа отличны от животных в двух очень важных отношениях. Во-первых, у животных и, до некоторой степени, в нормальном человеческом существе эти физиологические изменения длятся лишь до той поры, пока в них есть необходимость; в частности в случае животных, "с глаз долой - из сердца вон". Животные живут в вечном настоящем, тогда как человеческий индивид, по причине его способности к визуализации прошлого и будущего, может испытывать страх или возмущение по поводу их обоих. Симпатическая стимуляция необходима, когда индивид сталкивается с реальной опасностью или нуждается в повышенной активности, но когда он разозлен или напуган вчерашними или возможными завтрашними событиями, то, что должно было бы быть экстремальной реакцией, становится реакцией затянувшейся и хронической. Например, оправданное временное повышение кровяного давления в экстремальной ситуации может стать патологическим и постоянно повышенным кровяным давлением затянувшегося негодования или фрустрации. Другое отличие между животными и человеческими существами - способность последних рассматривать в качестве экстремальных такие ситуации, в которых опасность угрожает не жизни и здоровью, но всего лишь гордости и чувству собственного достоинства. Например, у студента перед экзаменом наблюдается учащение пульса, появляется бледность и происходят другие изменения, биологически предназначенные для

ситуаций жизни-или-смерти, и даже еще более беспокойным становится невротик, например, с клаустрофобией, и его симпатическая система стимулируется в ситуациях, вообще не представляющих никакой объективной опасности, но всего лишь символическую. Животное, а при нормальных обстоятельствах и человек, чья симпатическая система подверглась стимуляции, входит в экстремальное состояние (будь то борьба, бегство, вербальное выражение своей враждебности или более конструктивное поведение), но характерной чертой невротика, конечно же, является склонность подавлять или сдерживать эти эмоции, вместо высвобождения экстремальной реакции, в соответствующем поведении - борьбе, бегстве или конструктивной деятельности, таким образом никогда не завершая их. Он погружается в постоянное состояние готовности перед лицом угрозы, которая может быть чисто субъективной и никогда не приводит его к каким-либо действиям. В результате описанные выше физиологические изменения могут превратиться из временных экстремальных реакций в постоянные и закрепленные. Такова физиологическая основа психосоматических расстройств.

Однако, как указывает Александер, существует два крайних типа индивидов: те, кто перед лицом опасности склонны отвечать действием (т.е. симпатической стимуляцией), и те, кто в сходных условиях отвечает тем, что описывается как "вегетативное отступление" (т.е. парасимпатическая стимуляция). В первом случае невротик подавляет свои агрессивные импульсы, и, следовательно, может развить такие психосоматические заболевания, как повышенное кровяное давление, диабет, ревматоидный артрит и базедова болезнь. "При существенной гипертонии повышенное кровяное давление хронически поддерживается под влиянием сдерживаемых и никогда не высвобождаемых полностью эмоций, подобно временному состоянию у нормальных людей, вызванному влиянием свободно выражаемой ярости. Эмоциональные влияния на регуляторные механизмы углеводного метаболизма очевидно играют значительную роль при диабете. Хронически повышенное мышечное напряжение, вызванное длительными агрессивными импульсами, оказывается патогенным фактором при ревматоидном артрите. Воздействие этого типа эмоции на эндокринные функции можно наблюдать при токсикозе щитовидной железы. Реакции сосудов на

эмоциональные напряжения играют важную роль в некоторых формах головных болей. Во всех этих примерах определенные фазы вегетативной подготовки к сосредоточенному действию хронически задерживаются из-за того, что лежащие в их основе мотивационные силы невротически подавляются и не высвобождаются в соответствующем действии." Во втором состоянии, связанном с парасимпатической стимуляцией, индивид перед лицом опасности уклоняется от действия и переходит в зависимое состояние, при котором его органы возвращаются к положению мирного времени, тогда, когда им следовало бы мобилизоваться. Такие люди, вместо того чтобы открыто встретить опасность, склонны обращаться за помощью, как беззащитные дети. Затянувшаяся повышенная парасимпатическая стимуляция приводит к таким расстройствам как дисперсия (расстройство пищеварения), язва двенадцатиперстной кишки, хронический понос, колит и запор. Желудок, к примеру, продолжает переваривать пищу, когда никакой пищи в нем нет, до тех пор, пока не переварит свою собственную стенку, образуя язву. Таким образом, многие болезни не являются, как обычно думают, "постигшими" невинного человека несчастьями, поскольку в действительности он порождает их сам - он является активным агентом их возникновения и они выражают черты его личности точно так же, как невротические симптомы. Следовательно, мы не можем плодотворно обсуждать болезнь, не учитывая того, к какому типу относится больной. Доктор Фландерс Данбар из Пресвитерианского госпиталя в Нью-Йорке был убежден в том, что некоторым болезням подвержены преимущественно люди с определенным типом личности. Желудочно язвенный тип может внешне казаться амбициозным, волевым и упорным, однако под этим скрывать зависимые и женоподобные характеристики. Индивид с повышенным кровяным давлением может внешне проявлять дружелюбность и сдержанность, но можно было бы продемонстрировать, что эти поверхностные черты являются реактивным образованием, направленным против жестко подавляемых агрессивных импульсов. Коронарный тромбоз и грудная жаба все чаще являются причинами смерти для тех одержимых навязчивыми состояниями и обостренными угрызениями совести людей, на которых возложена большая ответственность (медики, юристы и промышленные администраторы) - они, по словам Александра, являются почти что

профессиональными заболеваниями. Существуют также особые типы личности в случае тех людей, которые склонны к несчастным случаям и переломам и, конечно же, особая психопатология, рассмотренная Карлом Меннингером из Клиники Меннингера, применившим Фрейдову теорию инстинктов Жизни и Смерти для объяснения многих из подобных проявлений направленной вовнутрь агрессии. Он причисляет к этой категории такие частичные или целостные формы саморазрушения как самоубийство, аскетизм и мученичество, невротическую недееспособность, алкоголизм, антисоциальное поведение, самоувечье, намеренные несчастные случаи и полихирургию (т.е. частое прибегание к хирургическим операциям). Здесь мы однако рассмотрим лишь проблему того, что он описывает как "склонность к несчастным случаям".

Более двадцати лет назад немецкий психолог К. Марбе заметил, что человек, уже однажды подвергавшийся несчастному случаю, может пострадать опять с большей вероятностью, чем тот, с кем никогда еще ничего подобного не случилось, а Теодор Рейк в работе "Неизвестный убийца" обратил внимание на то, как часто преступники выдают себя и даже осуществляют свое собственное самонаказание посредством намеренного несчастного случая. Фрейд также описывает случай отвергнутого любовницей мужчины, который "случайно" попал под машину, встретив эту женщину на улице, и был убит у нее на глазах. В 1919 году М. Гринвуд и Х. М. Вудс исследовали структуру несчастных случаев на заводе боеприпасов и пришли к общепризнанному теперь заключению о том, что большинство несчастных случаев происходит с маленькой группкой индивидов - в данном примере было обнаружено, что на 4 процента женщин завода приходится 28 процентов всех несчастных случаев. Основанием такой подверженности несчастным случаям, утверждает Меннингер, является господствующая в нашей культуре убежденность в том, что страдание искупает вину, а индивид, прилагающий этот же принцип к собственной личности, действует как интернализированный судья, требующий страданий за свои дурные поступки. Страдания облегчают угрызения виноватой совести и до некоторой степени восстанавливают утраченное душевное спокойствие. Человеком, склонным к несчастным случаям, обычно является тот, кто некогда занимал мятежную позицию по отношению к своим родителям и впоследствии перенес такое отношение на

власть имущих, сочетая его с чувством вины за свое бунтарство. В случае с дорожно-транспортными происшествиями Совет Национальной Безопасности Соединенных Штатов обнаружил, что среди водителей автомобилей "людей, четырежды попадавших в аварию, примерно в четырнадцать раз больше, чем их должно бы было быть исходя из теории, что неудача могла бы быть лишь чистой случайностью, тогда как людей, имевших за время исследования по семь происшествий, было в девять тысяч раз больше, чем предписывали бы законы вероятности." Более того, люди, претерпевшие множество несчастных случаев, демонстрировали явственную тенденцию повторять один и тот же тип происшествия, и Меннингер утверждает, что, исходя из его опыта, анализ тех, кто, как говорится, "ездит как самоубийца" часто убедительно показывает, что это как раз то, чего они добиваются.

Доктор Дж. Л. Холлидей из Глазго, сочетая теорию Фрейда со своим опытом работы в сфере здравоохранения, опубликовал в 1948 году работу "Психологическая медицина". Это чрезвычайно важное исследование, которое, независимо от того, согласимся ли мы с его положениями во всех деталях, или нет, указывает сравнительно новое направление в области психологической медицины. В общих чертах Холлидей занимается проблемой психологической и психосоматической болезни как общественного явления и, чтобы проиллюстрировать это положение, он разрабатывает медицинскую статистику, призванную продемонстрировать некоторые интересные черты британского здравоохранения за период 1900-1939 гг. Вне всякого сомнения, за эти годы здоровье нации значительно улучшилось, однако если индексы больных и здоровых разделить на две группы, одна из которых относится к физическим, а другая - к психологическим заболеваниям, можно обнаружить, что в то время, как первые показывают резкий спад, вторые имеют тенденцию к столь же разительному возрастанию. Так общие показатели смертности, детская смертность, доля детей с задержкой в росте и рахитом, а также количество случаев брюшного тифа, ревматической лихорадки, дифтерии и туберкулеза, резко упали. Но с другой стороны, индексы психических заболеваний - показатели случаев бесплодия, самоубийств, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, базедовой болезни, диабета и сердечно-сосудистых заболеваний - т.е. расстройств, относящихся к психосоматической категории - все без

исключения возросли. Например, за 1911-1936 годы смертность от базедовой болезни в одной только Англии выросла на 400 процентов среди мужчин и на 230 процентов у женщин. За первые пятнадцать месяцев Первой мировой войны медицинских увольнений солдат в связи с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки насчитывалось всего лишь 709, тогда как в первые двадцать семь месяцев Второй мировой войны увольнений, связанных с язвой только двенадцатиперстной кишки, насчитывалось 23574.

Затем Холлидей переходит к разработке своего понятия "больного общества", в котором, помимо описанных выше индексов психических заболеваний, он замечает следующие симптомы:

В экономической и промышленной сферах:

- (1) Растущие показатели заболеваемости.
- (2) Растущее число прогулов.
- (3) Прогрессирующее падение производительности рабочего.
- (4) Безработица.
- (5) Рост числа забастовок.

Показатели преступности:

Растущая преступность несовершеннолетних (по утверждению Холлидея, возросшая за период с 1913 по 1938 год на 60 процентов).

Культурные показатели:

- (1) Усиливающееся вторжение проявлений примитивного и висцерального, включая секс.
- (2) Рост "эскапизма" - азартных игр и т.п.
- (3) Упадок религиозной веры (т.е. утрата чувства истоков, цели жизни и космической судьбы). Это напоминает о Фроммовой "структуре ориентации и преданности".
- (4) Растущий интеллектуализм и одержимость планированием.

Политические показатели:

- (1) Социальное дробление (например, в классовой войне и возрождение регионального национализма).
- (2) Массовая эмиграция (рассредоточение групп) и растущая "неутомленность".
- (3) Чрезвычайные положения "руководства для разрушения".

Представляется, что на культурном уровне Холлидей объясняет эту социальную дезинтеграцию в терминах меняющейся технологии, которая вызвала упадок старых учреждений еще до того, как пришло время заменить их новыми. Он пишет: "Растущее развитие и

применение науки к окружающей среде со временем привело к промышленной революции восемнадцатого столетия и к введению множества новых идей и изобретений, что, в свою очередь, с неизбежностью вызвало изменения в существовавших прежде семейных, религиозных, культурных, профессиональных и экономических структурах, так что вся социальная система в целом стала с небывалым ускорением изменяться, пока не достигла того пункта (примерно около 1870 года), когда национальное равновесие нарушилось настолько серьезно, что началась дезинтеграция." На семейном и индивидуальном уровне его особенно интересуют перемены в структурах воспитания детей, произошедшие между семидесятыми годами девятнадцатого и тридцатыми годами двадцатого столетия в результате описанных процессов. На протяжении конца девятнадцатого века грудное вскармливание было всеобщим (или близким к этому), время кормления не определялось "по часам", и, поскольку за пределами состоятельных классов не знали о детской коляске, ребенок пользовался преимуществами физической и эмоциональной поддержки на руках у его матери. До второго или третьего года жизни ребенка почти не пытались учить опорожнять кишечник, и часто ребенок был завернут в пеленки; ибо дурной запах в те дни слабых санитарных условий, и в частности запах фекалий и мочи, просто игнорировался.

Обстановка была простой и скромной, и в доме не было никаких опасных аппаратов, и благодаря этому ребенку предоставлялась значительная свобода движения и возможность обследовать и манипулировать предметами. Семьи были большими, что означало для детей меньшую вероятность излишней опеки и разбалованности, а первые социальные импульсы ребенок получал в свободной игре. Короче говоря, к детям проявляли большую степень терпимости в течение первых трех лет - фактически, до тех пор, пока в их воспитании не принимал участия патриархальный отец. До достижения генитальной фазы, в своем эмоциональном развитии ребенок не испытывал никаких серьезных фрустраций, и Холлидей утверждает, что это может иметь некоторую связь со сравнительно большим количеством случаев истерии в Викторианскую эпоху (следует напомнить, что истерия, согласно теории Фрейда, представляет собой регрессию к, или фиксацию на генитальной стадии). Холлидей заключает: "С физиологической точки зрения,

окружение ребенка было ужасающе плохим. Грязь, отсутствие чистого водоснабжения и надлежащих санитарных условий, перенаселенность домов, неудовлетворительное жилищное строительство, нищета, недоедание и длинный рабочий день - все это способствовало трагически высоким показателям телесных повреждений и смертности. Однако, с психологической точки зрения, окружение ребенка не было столь ужасающим, благодаря тому, что в первые годы жизни ребенку предоставлялись широкие возможности для эмоционального развития своим собственным путем и "в свое время".

Если мы обратимся к тридцатым годам двадцатого века, картина полностью изменится. Публичные условия здесь, конечно, значительно лучше, но психологические условия менее благоприятны. Грудное вскармливание почти полностью исчезло, а кормление по часам стало общим правилом; обучение пользованию туалетом начинается зачастую с первых месяцев жизни, поскольку запах фекалий противен более образованной публике. Привычной стала изысканная и часто опасная мебель, а электрические розетки и хрупкое оборудование, такое как радиоприемники, ограничились размах детского исследования окружающего. Семьи невелики, и в возрасте четырех-пяти лет ребенка отдадут в детский сад, чтобы он не болтался под ногами и мать могла при желании ходить на работу. Младенец на руках превратился в ребенка в коляске. Отчасти из-за малочисленности семьи, а отчасти, несомненно, из-за чувства вины, мать склонна суетливо опекать своего ребенка, когда он дома. Снаружи, на улице, мчащиеся автомобили и обилие транспорта делает мир опасным местом. Эта сравнительно высокая степень фрустрации в первые два года жизни, по убеждению Холлидея, может быть причиной роста количества случаев психосоматических расстройств, предрасположенность к которым по-видимому закладывается именно в этом возрасте: "Вместо того, чтобы позволить жизни разворачиваться по естественным законам с сопутствующим созреванием физических характеристик, она была подвергнута навязанной системе формирования, которая преждевременно провоцировала или предрасполагала к физическим расстройствам, порождая напряженные состояния или неправильное функционирование желудочно-кишечного тракта, дыхательной системы, сердечно-сосудистой системы, произвольных мышц и так

далее. Третья фаза детства, однако, была вероятно менее фрустрированной, чем в предыдущем столетии, благодаря более внимательному отношению к детям; фаллический отец вышел из моды, будучи замененным сначала папочкой (который был добрым), а затем папашей (который был бесполезным, и даже презираемым); и менее позитивным стало прививание чувства греха и вины перед всевидящим и всемогущим Богом."

О Вильгельме Райхе мы упоминаем здесь потому, что хотя первоначально он и был ортодоксальным фрейдистом, он интересовался влиянием социальных факторов - в частности в политической области - на формирование характера. Его поздние биологические выводы большинство авторитетов рассматривают как причудливые и крайние, но тем не менее его ранние работы о телесных напряжениях, изложенные в книге "Анализ характера", оказали значительное влияние на аналитическую практику. Райх предложил интересную теорию о том, что телесные напряжения часто представляют собой способ выражения привычных эмоциональных состояний. Он утверждал, что некоторые позы и выражения (например, опущенный рот, подтянутый живот, гримасы, типичная манера стоять, и так далее) являются внешними признаками характерных способов реагирования. Райх считал, что эти и другие сопротивления характера следует атаковать до проведения самой аналитической процедуры и разрушить их путем повторяющегося обращения внимания на них и на производящие их эмоциональные напряжения пациента во всех возможных ситуациях. Это было описано, как "воспитание для анализа". Райх отвергал существование инстинкта Смерти и был убежден в том, что садизм и мазохизм, рассматриваемые Фрейдом как комбинации Эроса и Танатоса, являются последствиями "катастрофических социальных условий". Таким образом, его позиция была по преимуществу социополитической, в некоторой степени напоминающей поздние работы Фромма, Кардинера и других. Она была следующим образом выражена в "Анализе характера": "...всякий социальный порядок порождает те формы характера, в которых он нуждается для своего сохранения. В классовом обществе руководящий класс закрепляет свое положение при помощи образования и института семьи, делая свои идеологии господствующими идеологиями всех членов общества. Но речь не идет только лишь о навязывании членам

общества идеологий, позиций и понятий. Скорее следует говорить о глубоко проникающем процессе в каждом новом поколении, об образовании психической структуры, соответствующей существующему социальному строю во всех слоях населения". В другой книге, "Психология масс и фашизм", Райх стремился понять психологические факторы, ведущие к тоталитаризму, и причину отказа членов общества от инициативы и самоуправления в пользу диктаторского режима. Поскольку первое столкновение индивида с властью происходит в сфере сексуальности, то именно здесь, согласно Райху, следует искать постижения структуры поздней покорности. С сексуальной игрой ребенка обращаются, применяя наказание путем лишения любви, и угрожая до тех пор пока, в конце концов, не вынудят его подавить какие бы то ни было открытые проявления сексуальности. Но, однажды достигнутое, это вытеснение распространяется значительно дальше своей первоначальной цели; ибо сдерживающие структуры пронизывают личность, обуздывая многие другие импульсы и переполняют разум конфликтами. Такое калечение спонтанного выражения сексуальности приводит к калечению личности в целом, дух ребенка сломан, и с этого момента впредь его воля склонна к покорному поведению по отношению ко всем наделенным властью особам. Если такой индивид попытается разорвать узы своего рабства, он с неизбежностью потерпит неудачу, поскольку всякое восстание, предпринятое им против власти, обнажит свои истоки во фрустрации. Однажды вкусив сексуальной свободы, он становится патологически озабоченным сексом: попробуй он бунт и неповиновение, они оборачиваются преступностью, гангстеризмом и тиранией над другими. Диктатор, свергнувший старый порядок - всего лишь преуспевший преступник, а мировая политика суть преступность мирового масштаба. Гипотеза Райха заключается в том, что рабство представляет собой удар по индивиду посредством вмешательства в здоровое сексуальное развитие, а из этого следует, что решение проблемы следует искать в сексуальной свободе. А.С. Нейл, педагог-теоретик, принимающий тезис Райха, в своей работе "Трудная семья" говорит, что "ребенок, которому позволяют трогать свои гениталии, имеет все шансы вырасти с искренне счастливым отношением к сексу". Конечно, для обоснования этой теории следовало бы показать, что общества со сдерживающей сексуальной моралью в большей степени склонны к

развитию авторитарных форм правления, и, хотя представляется возможным, и даже вероятным, что общества, в которых детей воспитывают, многое им позволяя, не часто допускают к власти диктаторов, вполне определенно можно сказать и то, что многие общества со строгой сексуальной моралью также не становятся диктаторскими. Утверждение Нейла, по-видимому предлагающее считать, что счастье локализовано в гениталиях, абсурдно; в развитии ребенка играет важную роль не только родительское отношение к одному этому вопросу, но целостная их позиция во всех сферах. Родитель, которого не шокирует сексуальная игра его ребенка, обыкновенно мягок и толерантен во всех отношениях, и в этом смысле точка зрения Нейла могла бы быть оправдана. Но она определенно неоправданна, если понимается буквально, в том смысле, что один лишь факт позволения свободной сексуальной игры является ключом к счастливой жизни, поскольку очевидно, что множество родителей "предоставляют" ребенку свободу в этом отношении просто из безразличия, а то, что счастливый и уравновешенный взрослый может вырасти на почве родительского пренебрежения представляется маловероятным. Сексуальная свобода неотделима от свободы вообще.

Поздние труды Райха вышли далеко за рамки фрейдовой теории, когда он стал придерживаться той крайней точки зрения, которая придает сексуальности, выраженной в оргазме, фундаментальное значение для понимания проблем индивида и общества. В своих последних книгах он занимается сущностями, описываемыми как "бионы" и "аргоны", которые по-видимому следует рассматривать как физиологические по природе (хотя и неизвестные физиологам), и в работе "Биопатия рака" он предлагает психосоматическую теорию касательно происхождения рака. Ни одно из этих убеждений не было принято никем за пределами собственной школы Райха, и в 1933 году он оставил ортодоксальное движение. Однако Райха будут помнить скорее всего как пионера в области анализа характера, ибо именно он заметил, что реактивные черты характера представляют собой броню, используемую эго для того, чтобы защитить его как от инстинктов, так и от противостоящего окружения. Такие черты характера как амбициозное поведение, прикрывающее неадекватность, или высокомерие, скрывающее глубокие чувства неадекватности, действительно защищают эго, однако они имеют серьезный

недостаток, заключающийся в том, что они сохраняются без различий независимо от их уместности в данной ситуации, и по причине того, что они изолируют индивида от внешних стимулов, он становится менее восприимчивым к повторному образованию. Будучи существенно амбивалентными, такие характеристики происходят в основном из догенитальных источников. Райх указал на два важных момента, а именно (1) что расстройства характера представляют собой специфическую форму невроза, несмотря на то, что они могут не сопровождаться "симптомами" в формальном смысле, и часто причиняют больше беспокойства окружающим индивида людям, чем ему самому, и (2) что все неврозы имеют свой корень в характере, то есть в осуществленных эго приспособлениях к инстинктам, а также к окружающему миру. Его метод обращения внимания пациента на его характерные установки по отношению к окружающим доказал свою эффективность в работе со сложными проблемами характера и был использован и развит Хорни и Салливаном.

Существуют две основные категории психосоматических расстройств: те, при которых бессознательные инстинктивные отношения оказывают влияние на органические функции физиологическим образом, без каких бы то ни было изменений специфически психического характера, и конверсии истерии, выражающие фантазию в "языке тела" при отсутствии каких-либо структурных изменений. Именно первой категории была главным образом посвящена настоящая глава, и только лишь случаи этого типа вызывают разногласия между психоаналитиком и врачом, который может требовать ответа на такие вопросы, как: Если допустить, что определенное ментальное состояние сосуществует с определенным физическим состоянием, как вы можете доказать, что последнее вызвано первым? Предположим, что некто усомнился в их сосуществовании во всех случаях болезни, как тогда на основании небольшого числа случаев, с которыми вы имеете дело, вы сможете доказать неверность этого предположения, и как бы вы объяснили другие случаи? Каково терапевтическое значение ваших утверждений, если сам Фрейд говорил, что "неврозы органов" не могут быть излечены при помощи психоанализа? Далее, строго говоря, психоаналитик не рассматривает болезнь и психическое состояние сосуществующими обособленно, ибо для него они оба являются аспектами одного и того же, биологически понятого индивида, однако

для ультраконсервативного врача, чья концепция "психологических факторов" суть положение дел, обнаруживаемое в необычном случае, который с очевидностью замедляет развитие, в значительной степени причиняя беспокойство (к примеру, банкротство, сгоревший при пожаре дом, обвинение чьего-то сына в убийстве, пребывание на грани самоубийства), трудно понять, как нематериальный разум, парящий где-то в области черепа, может реально породить в человеческой машине серьезные хронические болезни, которые во многих случаях демонстрировали свое происхождение от нераспознанных ранее физических расстройств. Недостаток подвижности и чрезмерное потребление содержащей холестерин пищи, заметит он, связано с высокой заболеваемостью коронарным тромбозом, и поэтому представляется значительно более приемлемым предположить, что широкое распространение этой болезни среди представителей высших деловых кругов обусловлено их сибаритским образом жизни и физической ленью, чем объяснять это затяжным психическим стрессом. Но даже врач с необычайно широким кругозором может не согласиться, когда ему скажут, что приступ астмы является "эквивалентом тревоги, мольбой о помощи, обращенной к матери, которую пациент пытается интроецировать дыханием, чтобы обрести постоянную защиту", как это определяет Феникель. В подобных случаях статистика в целом не слишком удовлетворительна, и в приведенном выше примере мы хотели бы знать, почему астматики обращаются в первую очередь к психоаналитику, если они не озабочены своим психическим состоянием в большей степени, чем астматическим, или не направлены к психоаналитику врачами, признавшими их состояние нетипичным для общего потока страдающих этим заболеванием. Мы хотели бы знать, сколько людей со сходными личностными проблемами не страдали астмой, а также сколько астматиков не имели никаких достойных упоминания личностных проблем, или имели проблемы абсолютно иного характера.

Не нужно долгих критических размышлений, чтобы увидеть (как показал Фландерс Данбар, сравнивая истории болезни пострадавших от несчастных случаев в больнице скорой помощи с историей несчастных случаев с пациентами палаты хронических или серьезных сердечных заболеваний, которые служили контрольными сериями и продемонстрировали значительно большую частоту несчастных

случаев в первой группе), что для людей, страдающих длительными и серьезными болезнями любого типа подверженность многим несчастным случаям маловероятна. Даже с точки зрения тезиса о том, что несчастные случаи порождаются направленной вовнутрь агрессией, приведенный отчет не является удовлетворительно объяснимым, ибо хроническая болезнь уже сама по себе является достаточным наказанием даже для самых одержимых чувством вины, и, в самом деле, безмятежность и относительная бодрость таких пациентов была отнесена на счет факта успокоения вины страданием. Несчастные случаи не только менее вероятны физически, но и психологически излишни. Сходным образом можно согласиться с психосоциальной теорией доктора Холлидея, как с весьма осуществимой попыткой объяснить замечаемые всеми социальные тенденции, не упуская одновременно из виду того, что его построения должны приниматься с долей сомнения.

Начнем с того, что они, по-видимому, основаны на статистике, собранной из наиболее подверженного ошибкам источника - заключения врача. Мы имеем в виду не способность терапевтов к диагностике, а их отношение к медицинскому заключению, и к тому, что они считают своей обязанностью по отношению к пациенту. Когда нам говорят, что определенные инфекционные заболевания становятся все более распространенными, мы имеем все основания принять утверждение доктора в качестве доказательства, поскольку он отдает себе отчет в том, что знание о положении дел - в интересах как общества в целом, так и его пациента. Однако во всех ли случаях он сочтет своей обязанностью известить официальные органы о том, что его пациент болен сифилисом или гонореей? Разумеется нет, поскольку такой поступок пациент счел бы нарушением профессиональной тайны, которая, будучи преданной огласке, может привести к утаиванию другими своего заболевания. Не станет он, по понятным причинам, и вписывать "рак" в заключение, которое будет вручено самому пациенту, и хотя представляется вероятным, что заболеваемость язвой двенадцатиперстной кишки на самом деле растет, данные об увольнении из армии в связи с этой болезнью в годы первой и второй мировых войн мало о чем говорят и не доказывают ничего, кроме того, что общественное отношение к этому заболеванию изменилось, и соответственно изменилась и армейская политика касательно того, в каких случаях необходимо увольнение. В

то время, когда рентгеновская диагностика была редкостью и дисперсия воспринималась как нечто обычно излечиваемое в домашних условиях и не усугубляемое непременно изменениями в окружающей среде, как нечто такое, что "было" у человека и что можно было лишь незначительно улучшить с помощью медикаментов, многие пациенты вообще никогда не обращались к доктору, а остальные никогда не консультировались со специалистом и не делали рентгеновского снимка, если только не возникало крайней необходимости. Снова таки, значительная часть рассматриваемого периода (1900-1939) была тем временем, когда высоким был уровень безработицы, а в такие периоды доктора склонны к снисходительности при выдаче заключений по таким трудноопределимым категориям, как "фиброз" или "бронхиальный катар", поскольку пациент предпочитает быть "здоровым", чем быть "нетрудоспособным". То что делало человека негодным к воинской службе во второй войне, могло по всем признакам быть значительно более тривиальным, чем в первой, по той причине, что прошлый опыт убедительно показал, какой тип солдата можно считать надежным; подобным образом понятие "преступность несовершеннолетних" было расширено и включило в себя поведение, ранее не подпадавшее под эту категорию. Статистические данные в области медицины в не меньшей степени подверглись влиянию меняющихся воззрений докторов и меняющейся возрастной структуры населения, чем влиянию реальных изменений заболеваемости, и, конечно, на исследователей какой бы то ни было группы оказывает влияние тип пациентов, с которыми им приходится сталкиваться. Для общего числа больных эти пациенты могут быть нетипичными.

Фактом является то, что понятие психосоматического заболевания или невроза органов первоначально возникло не потому, что психоаналитики стали интересоваться органическими болезнями, а потому (это осознавал и сам Фрейд), что оно соответствовало его монистическому и биологическому мировоззрению. В равной степени, понятие это не было воспринято из этого источника врачами в целом, поскольку оно не было свойственно их дуалистическим и в основном механистическим взглядам. Но другой причиной их неприятия (ибо это было скорее неприятием, чем полным отвержением) была приверженность психоаналитика жаргону, который был каким угодно, но только не понятным, даже для тех, кто

обладал некоторым поверхностным знанием теории Фрейда. Скажите рядовому врачу, что его пациент с астмой в высшей степени напряжен и его приступы часто вызваны эмоциональными стимулами, или даже условными рефlekсами, как в случае, когда пациент с аллергической реакцией на розы испытывает приступ, увидев искусственный букет, и он с вами согласится. Скажите ему, что астматик часто является представителем определенного типа характера, склонен к чрезмерной чувствительности, и выказывает потребность в подчиненном положении, и с этим он тоже согласится, равно как вероятно согласился бы и с тем, что его пациенты с мигренью являются типами интеллигентными, с обостренным чувством совести и увлеченными. Является болезнь обусловленной характером или наоборот, он не стал бы доискиваться, как не стал бы рассматривать характер как особым образом соотнесенный с состоянием больного, которое в любом случае требует физического подхода. Не будет он возражать и против того взгляда, что стресс некоторым необъяснимым образом может обострить физическое заболевание, а возможно даже является его причиной у тех, кто к нему предрасположен, поскольку он сам долгое время использовал успокоительные средства в лечении язвы желудка и двенадцатиперстной кишки и гипертонии. Но скажите ему, что приступ астмы порожден тревогой отделения и означает, что пациент пытается вдохнуть свою мать, так чтобы он мог держать ее в безопасности внутри своей груди, с тем чтобы быть постоянно защищенным, что порой в своих фантазиях он видит, что она уже внутри и это вызывает борьбу его с дыхательной системой, "содержащей" ее, и врач подумает, что вы либо шутите, либо сошли с ума. Таким образом, главными влияниями в порождении современной психосоматической медицины - по крайней мере в Европе - были не влияния Фрейда, а те, что происходили из личных наблюдений врачей над социальным климатом, в котором инфекционные заболевания становились менее серьезной проблемой, чем расстройства, прежде классифицируемые как наследственные или дегенеративные, а военный опыт делал все более ясными взаимоотношения между стрессом, личностью и болезнью. В конце концов, эта точка зрения, основанная на том, что считалось всего лишь интересными наблюдениями без каких бы то ни было отчетливых научных оснований, такое основание получила. И оно было предоставлено не психиатром, а врачом и физиологом. Работа Ханса Селье из Монреаля

показала физиологические тропы, как неврологические, так и биохимические, при помощи которых стресс мог бы породить органическое заболевание, и, более того, лабораторно продемонстрировала, что длительная подверженность вызывающим страх стимулам приводит к таким результатам или даже к смерти экспериментальных животных. "Синдром стресса" Селье с большей вероятностью, чем психоанализ Фрейда, может образовать обоснование современной психосоматической медицины, но в конце концов именно к психоанализу должен обратиться врач, чтобы открыть природу и значение стресса для индивида, со всеми его психологическими вариациями, которые без его помощи физиология объяснить бессильна.

Франц АЛЕКСАНДЕР, Шелтон СЕЛЕСНИК

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В МЕДИЦИНЕ

(Александр Ф., Селесник Ш. Человек и его душа. -М.,1995.-С.552-571)

Систематическое клиническое и экспериментальное исследование взаимодействия между душой и телом - одно из новейших направлений в медицине - стало возможным лишь после того, как была устранена философская путаница относительно их определений.

Западное представление о том, что тело и душа суть разные части человека, старо как мир; несмотря на то, что эта роковая путаница была закреплена Декартом, она существовала задолго до этого и повлияла на психиатрию больше, чем на другие области познания. Мифология, религия, философия во все времена были озабочены взаимосвязью тела и души, но в разные века разные авторы трактовали это соотношение по-своему. Платон утверждал, что дух властвует над телом, которое является лишь исполнителем желаний и идей духа. Гиппократ, напротив, считал психические процессы не более чем вторичным патологическим явлением (эпифеноменом), незначительным отражением телесных процессов, которые сами по себе подчиняются универсальным физическим законам.

Первобытный человек объяснял природные явления с психологической точки зрения. Современный человек сначала отбросил прочь эту сверхъестественную и психологическую мотивацию неживого мира, а затем попытался "обезжизнить" взгляд на самого себя до такой степени, что человеческая личность стала считаться несущественной для научного исследования человека. Лишь на исходе XIX в. маятник качнулся в другую сторону, и личность - эмоции и мотивации человека - стала считаться законным объектом методического научного исследования. Психосоматический подход в медицине - это первая попытка распространить понятие "точность" непосредственно на проблему соотношения "тело - душа".

Физические реакции на эмоции - одни из самых распространенных повседневных ощущений. Человек боится - его пульс учащается, дыхание становится глубже. Человек сердится - лицо краснеет и мышцы напрягаются. Человек чувствует отвращение - желудок начинает дрожать. Расслабляясь от напряжения, человек

делает глубокий вздох. Клоун своими трюками заставляет спазматически сокращаться нашу диафрагму, мышцы лица искажаются - мы смеемся. Мы наблюдаем трагическое событие или переживаем горе - наши слезные железы выделяют слезный секрет, мы плачем.

Субъективные ощущения, такие, как страх, злость, отвращение, радость, печаль, таким образом, мобилизуют исключительно сложные телесные процессы, такие, как изменение сердечного ритма и циркуляции крови, дыхания, деятельности желудочно-кишечного тракта, изменения в мускульной системе и железах. Поскольку эти явления постоянно сопутствуют нам в повседневной жизни, мы принимаем их как должное и не осознаем, что, когда мы смеемся или плачем, мы вовлечены в одно из величайших таинств биологической науки. Все эти процессы, в которых начальные звенья общей цепи воспринимаются **субъективно** как эмоции, а последующие - **объективно** как изменение телесных функций, называются психосоматическими явлениями. Их частично субъективная, а частично объективная природа привела к широко распространенному заблуждению о противоположности духовного и физического. Повышение кровяного давления и учащение сердечного ритма, сопутствующие гневу или страху, можно изучать по объективным параметрам. Однако страх или гнев сам по себе может испытывать лишь только тот человек, который затронут им. Сам факт, что физиологические и психологические явления происходят в одном и том же организме, интерпретировался таким образом, что человек разделен на душу (психо) и тело (сома), и изучение человека было соответственно разделено на два направления, которые веками оставались изолированными друг от друга.

Как нами отмечалось выше, наши чувства постоянно влияют на наши телесные функции. Но так же хорошо нам знакомы и явления обратного порядка, когда изменения физиологические влияют на нашу психологию. Это - двухстороннее движение. Мы принимаем алкоголь, который изменяет химический состав организма, - и быстро реагируем на это изменением настроения. Некоторые становятся агрессивными, теряют контроль над собой, третьи становятся сентиментальными и плаксивыми. Седативные лекарства влияют на нас физиологически: как результат, мы чувствуем сонливость. Транквилизаторы освобождают нас от эмоционального напряжения.

Высокая температура вызывает состояние бреда.

Таким образом, очевидно, что мы являемся неделимыми организмами. И только исходная позиция, с которой мы предпочитаем рассматривать себя, может создать впечатление обратного. С психологической точки зрения мы делаем упор на тот факт, что живое существо субъективно ощущает большую часть из тех процессов, которые происходят в нем: чувствует голод, когда желудок пуст, боль - когда нарушены нормальные физиологические процессы, удовольствие - когда удовлетворяются желания. Кроме того, у человека есть возможность передать эти внутренние психологические явления при помощи слов, выражающих субъективно ощущаемые состояния души. Способность словесной коммуникации как раз и делает возможным изучение психологии человека. Физиологическая точка зрения в целом игнорирует субъективные ощущения в противовес сугубо механическим измерениям наблюдаемых реакций, очень часто лишь внешних.

Поскольку человек является одновременно и сложным физиологическим аппаратом, и осознающим себя индивидом, способным выразить свое состояние (вербальная коммуникация), его следует изучать комплексно и с психической, и с физиологической стороны. Совмещение результатов этих двух видов наблюдения и составляет суть психосоматического подхода.

Методологические успехи

Развитие психосоматического подхода в медицине зависело от успехов в методологии и общих научных представлений, ибо даже при том, что некоторые медики с античных времен подозревали, что чувства больного влияют на течение его болезни, они не имели адекватных терминов для обозначения этой мысли. Некоторые из врачей действительно соотносили органические симптомы с эмоциональными напряжениями - например, учащение сердечного ритма в результате эмоциональных факторов, - но их профессиональная подготовка давала им возможность наблюдать и описывать лишь физиологические изменения; у них не было столь же точного способа определения или описания причинных эмоциональных факторов. Им приходилось довольствоваться малозначащими общими понятиями типа "нервозность", "беспокойство", "перегрузка". И их психологические предписания

вынужденно оказывались столь же примитивными и малозначащими, вроде "не нервничайте", "расслабьтесь" или "не обращайтесь внимания на эти пустяки". Их подготовка просто не научила их справляться с эмоционально-стрессовыми ситуациями, которые они интуитивно нащупывали как причину физических симптомов.

Фрейдский метод свободной ассоциации впервые позволил четко изучить причинные связи психических явлений, ибо он пролил свет на до тех пор не принимавшиеся во внимание подсознательные звенья, связывающие мысли. Свободная ассоциация не только дает возможность реконструировать неосознаваемые мотивационные связи, но и часто выводит эти связи из подсознания в сознательную сферу, что позволяет за ними наблюдать. Таким образом, был подготовлен путь для адекватного изучения как осознаваемых, так и неосознаваемых эмоциональных стрессов, которые могут влиять на органические заболевания.

Еще один аспект фрейдовской теории психоанализа напрямую вторгается в область психосоматической медицины. Это те выводы, которые он сделал из своих опытов с гипнозом, относительно исчезновения истерических физиологических симптомов после того, как под гипнозом пациенты выражают вытесненные эмоции. Эти истерические симптомы, предположил Фрейд, были необычной физиологической реакцией на эмоциональные напряжения, которые по той или иной причине оказывались неприемлемыми или невыносимыми и оттого исключались из сознательной сферы. Цена, которую пациент-истерик платит за то, что не может выдержать своих эмоций, состоит в том, что эмоция вытесняется из сознательной сферы и замещается динамическим фактором, органическим симптомом, проявляющимся в нарушении функции какого-либо органа. Отсюда выражение "конверсивная истерия".

Такое объяснение истерии с тех пор подтверждено обширным клиническим опытом, однако оно объясняет лишь психогенные симптомы, появляющиеся в мышцах под контролем сознания - например, в конечностях или в органах чувств.

Пионеры психосоматической медицины - Георг Гроддек (1886-1934) и Эрнст Симмель (1882-1947) в Германии, Феликс Дойч (1884-1964) в Вене, Смит Эли Джelifфе (1866-1945) в США и Анхель Гарма в Аргентине - некритично пытались объяснить все симптомы, даже те, что затрагивают внутренние органы, как прямое выражение

высокоспецифических вытесненных мыслей и фантазий. Внутренние вегетативные органы, несущие основные биологические функции, однако, не предназначены для выражения деталей психического состояния в отличие от тех органов - например, голосовых связок или лицевых мускулов, - которые контролируются сознанием и которые выражают и передают мысли. Более того, внутренние органы не реагируют на специфические вытесненные мысли, как те, что лежат в основе истерических симптомов. Они реагируют только на общее эмоциональное состояние. Точно так же они не могут, в отличие от конверсивных симптомов, снять эмоциональные напряжения. Повышение кровяного давления во время гнева не освобождает от гнева, а, напротив, им поддерживается. Александер в 1948 г. разграничил истерические конверсивные реакции и адаптивные изменения вегетативных функций, вызываемые эмоциональными напряжениями. Он указал, что перенос теории конверсивной истерии на все психосоматические реакции - это типичный пример ошибки, характерной для истории науки, - некритического применения концепций, работающих в одной области, к той области, где они уже не действуют.

Эмоциональные факторы болезни

Развитие знания относительно влияния эмоций на органические процессы в тех органах, которые не управляются сознательно, приходится на тот период, когда американский физиолог Уолтер Кэннон (1871-1945) предложил новую идею, родившуюся из его оригинальных исследований физиологического эффекта гнева и страха. Кэннон показал, что организм отвечает на чрезвычайные ситуации определенными адаптационными изменениями в общей физиологической структуре, и продемонстрировал, что эмоциональные состояния активизируют физиологические функции, призванные подготовить организм к той ситуации, о которой сигнализируют эмоции. Страх и гнев стимулируют кору надпочечников, вследствие чего адреналин активизирует углеводный обмен таким образом, что начинает усиленно выделяться сахар для поддержания энергии. Кровяное давление и циркуляция крови изменяются так, чтобы кровь обильнее поступала к тем органам, которым возможно предстоит борьба". Одновременно ассимиляционные и резервные функции, такие, как пищеварение или

усвоение, подавляются: организм, который должен напрячь все свои силы, чтобы справиться с чрезвычайной ситуацией, включающей страх или гнев, не может себе позволить роскошь переваривать или усваивать пищу.

Когда исследование Кэннона о механизмах влияния эмоций на функции жизненно важных внутренних органов было применено к изучению эмоционального стресса при хронических органических болезнях, в мире действительно наступила психосоматическая эра. После первой мировой войны в Германии особенно развился интерес к эмоциональным факторам органических заболеваний. Одним из самых ярких мыслителей и исследователей того времени был Леопольд Алкан. Он не раз подчеркивал в своих работах, что хронические эмоциональные напряжения могут вызывать физические изменения, которые проявляются как хронические органические заболевания. Эмоции, например, могут провоцировать длительные сокращения и спазмы полых органов, изменяя таким образом кровотоков и приводя в конечном счете к атрофии. Спазмы могут привести к расширению пищевода или гипертрофии левого желудочка сердца с эссенциальной гипертензией. Эмоциональная стимуляция эндокринных желез может привести к перерождению ткани, как это происходит при тиреотоксикозе, обусловленном психологическими факторами. Алкан даже предположил, что эмоции играют причинную роль в диабете, хотя он не смог доказать это экспериментально.

Феликс Дойч и Георг Гроддек были наиболее последовательными сторонниками идеи о важности эмоциональных факторов не только при симптомах конверсивной истерии, но и при хронических органических болезнях. Теория Гроддека по существу близка теории Каруса, жившего более чем на полвека раньше. Гроддек, вероятно, может считаться наиболее крайним представителем панпсихологического направления. Он считал, что подсознание ("Оно") есть формирующий принцип всех нормальных и патологических процессов организма (Фрейд заимствовал термин "Ид" - "Оно" - у Гроддека). Соответственно органические заболевания в конечном счете имеют психическую природу, ибо они суть выражение конфликтов подсознательного. Первоначальная точка зрения Феликса Дойча отличалась немногим, поскольку он применил концепцию конверсии Фрейда ко всем дисфункциям организма.

Можно назвать и других ученых, интересовавшихся психосоматическими явлениями: это Карл Фаренкамп, который продемонстрировал влияние эмоций на неустойчивость кровяного давления и убедительно показал психогенное происхождение эссенциальной гипертонии; Г.Р. Хейер и Фриц Моор, которые опубликовали исчерпывающие труды по психологическому лечению органических болезней, а также Виктор фон Вайцеккер (1886-1957), профессор медицины из Гейдельберга, чьи взгляды испытали существенное влияние идей Фрейда. Вайцеккер считал, что эмоции влияют на нарушение функций организма; он также указал, что и болезни тела влияют на психику. Наиболее ярким его достижением явились великолепные демонстрации клинических случаев, в которых он эффектно показывал эмоциональные компоненты и предпосылки физических заболеваний. Почтение к психосоматическому методу возросло, когда Карл Вестфаль и Густав фон Бергманн (1878-1955) высказали предположение, что большинство случаев заболевания язвой двенадцатиперстной кишки имеет невротическое происхождение.

Интерес к психосоматическому методу, проявленный в Германии, был перенесен Александером в Америку, где он основал в 1932 г. в чикагском Институте психоанализа первую лабораторию системного исследования по психоанализу с упором на психосоматические проблемы. Пациентов, страдавших различными нарушениями желудочно-кишечного тракта, такими, как язвы, колиты, запоры, лечили методом психоанализа психотерапевты из чикагского института. Кроме того, они изучали различные типичные психические явления, могущие свидетельствовать о тех или иных заболеваниях. Одновременно Флэндерс Данбар (1902-1959) обследовала большое число пациентов с органическими заболеваниями, и оба эти исследования показали поразительные совпадения в психических проявлениях пациентов, страдающих одинаковыми органическими заболеваниями. Данбар сгруппировала эти совпадения по типам личностей: она описала язвенный тип, сердечный тип, артритный и еще много других.

Исследователи из чикагского Института психоанализа определили и описали конфликтные модели, характерные для определенных болезней, проявляющиеся у различных типов личностей. Результаты были сформулированы в виде векторной

теории, основанной на общих направлениях конфликтных импульсов, заложенных в самих заболеваниях. Александер определил три вектора: 1) желание объединить, получить, принять; 2) желание исключить, удалить, отдать, расходовать энергию для нападения или совершения чего-либо или для нанесения вреда; 3) желание сохранить, накопить. Эти концепции были заимствованы из психоаналитической теории развития либидо. Эмоциональные проявления, связанные с основными биологическими процессами потребления, сохранения или расходования, легко узнаваемы как эмоциональные компоненты функции желудочно-кишечного тракта. Потребление пищи связано с желудочными импульсами, пассивной восприимчивостью, агрессивным поглощением и перевариванием. Удаление отработанных продуктов связано с анальной эвакуацией и с тенденцией накопить и сохранить, или анальной задержкой. Психологические факторы в различных желудочно-кишечных расстройствах описываются как конфликт между этими тремя векторами. Например, желудочные функции иногда расстраиваются у людей, которые стыдливо реагируют на свое желание получить помощь или проявление любви со стороны другого человека, желание опереться на кого-либо. В других случаях конфликт выражается в чувстве вины из-за желания отобрать силой что-либо у другого, как часто бывает в случаях соперничества у сиблингов, когда ребенок хочет единолично владеть родительской любовью и ревнует родителей к остальным детям. Причина, объясняющая, почему желудочные функции столь уязвимы для подобного конфликта, была найдена в широко известном факте, что еда представляет собой первое явное удовлетворение рецептивно-собирающего желания. В мыслях ребенка желание быть любимым и желание быть накормленным связаны очень глубоко. Когда в более зрелом возрасте желание получить помощь от другого вызывает стыд или застенчивость, что нередко в обществе, главной ценностью которого считается независимость, желание это находит регрессивное удовлетворение в повышенной тяге к поглощению пищи. Эта тяга стимулирует секрецию желудка, а хроническое повышение секреции у предрасположенного индивида может привести к образованию язвы.

В дополнение к характеристике коллизионных моделей, обнаруженных у пациентов с язвой двенадцатиперстной кишки, были

также описаны психодинамические сочетания, типичные для шести других хронических заболеваний - язвенного колита, астмы, гипертонии, ревматоидного артрита, нейродермита, повышенной функции щитовидной железы.

При нарушениях кишечного тракта - психогенного поноса и различных форм колитов - типичные конфликты концентрируются вокруг эмоциональных трудностей (безнадежные усилия) относительно достижения чего-либо. Как и пациенты с желудочными нарушениями, эти больные также выказывают подсознательные тенденции к зависимости, они также пытаются компенсировать их желанием отдать что-либо в обмен на желание получить; однако им не хватает уверенности для реализации этих амбиций. Когда они теряют надежду на достижение того, к чему стремятся, появляется нарушение кишечной деятельности. Исследование язвенных колитов дало основание предположить, что подавление деструктивных импульсов и нарушение или утрата ключевых взаимоотношений, сопровождаемые чувством безнадежности и отчаяния, могут также быть причинными факторами болезни. Джордж Энгель опубликовал исчерпывающий обзор литературы по язвенным колитам и критически разобрал различные теории по этому вопросу.

В случаях ревматоидных артритов чикагская группа открыла заметное эмоциональное влияние на мускульное выражение чувств, которое при этом исключительно сильно контролируется. При астме наиболее специфический психологический конфликт концентрируется вокруг общения с ключевыми фигурами жизни. Например, нарушена первоначальная связь мать - дитя; это нарушение у маленького ребенка выражается в подавлении импульса плача; позднее ребенок не может установить откровенный, доверительный словесный контакт с матерью или лицом, ее заменяющим.

В случаях эссенциальной гипертонии (хроническое повышение кровяного давления, характеризующееся отсутствием четко различимой органической причины, как, например, заболевание сердца или почек) самый заметный психологический рисунок - это подавление свободного выражения неприязни, ощущаемой по отношению к другим людям, из-за желания быть любимым. Такие пациенты похожи на бурлящий, но запертый вулкан, заполненный не имеющими выхода враждебными и неприязненными эмоциями. В

юности такие люди могли быть забияками. Однако с возрастом они замечают, что отталкивают от себя людей своей мстительностью, и, как следствие, подавляют свои неприязненные эмоции. Пациенты с нейродермитом имели ярко выраженное стремление к физическому контакту, подавленное сдержанностью родителей; они в то же время имели явную тенденцию к эксгибиционизму. И наконец, пациенты с тиреотоксикозом обнаруживали глубинный сэрх перед смертью, то есть стремление выжить как фундаментальный психический стимул, - это открытие подтвердило давнишние клинические наблюдения, свидетельствующие о внезапном проявлении этой болезни после очень серьезных травм. Очень часто у таких больных в раннем возрасте имела место психологическая травма, например потеря любимого человека, от которого они зависели, на которого полагались. После они пытались компенсировать импульс зависимости попытками раннего взросления, например попытками опекать кого-либо вместо того, чтобы самим оставаться в зависимом положении.

Хотя большинство из пациентов, наблюдавшихся в чикагском институте, демонстрировали психические особенности, характерные для своей болезни, не у всех, кто имел одинаковые характерологические черты, развивались соответствующие органические симптомы. Поэтому очевидно, что наличие одних только психологических особенностей не обуславливает возникновения болезни. Какие-то другие факторы - весьма вероятно, уязвимость затронутых органов, либо конституциональная, либо приобретенная очень рано, - должны также непременно присутствовать. Это было названо "икс-фактором": уязвимость органа плюс специфические психологические особенности совместно ответственны за развитие органических симптомов. Более того, эти два фактора - не обязательно две независимые переменные. Так называемая двойная причинность, то есть совпадение соматических и психических факторов, подтверждается изысканиями Артура Мирски, который определил соматический фактор. Мирски смог предугадать, у кого из большого числа обследованных солдат впоследствии разовьется язва двенадцатиперстной кишки: все они обнаруживали повышенную секрецию и одновременно явный эмоциональный конфликт в сфере отношений зависимости.

Вполне правдоподобной представляется психофизиологическая

теория **специфичности** (соотношение специфических эмоциональных конфликтов со специфическими органическими системами), поскольку наблюдаются поразительные психофизиологические корреляции. У пациента с тиреотоксикозом, который стремится к скорейшему достижению зрелости, заболевает орган, выделяющий секрет, ускоряющий обмен веществ. Хронически готовый к борьбе гипертоник имеет дисфункцию аппарата кровообращения. Артритик - тот, кто всегда готов атаковать, но подавляет в себе это стремление; его симптомы обнаруживаются в суставах, близко связанных со скелетно-мышечной системой. Пациент с нейродермитом, стремящийся к близкому физическому контакту, имеет нарушения в органах контакта. Астматик имеет затруднения в словесном обращении, поскольку орган, необходимый для данной функции, нездоров. Язвенник мечтает хорошо поесть, и появляется повреждение в ткани верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. Лишь при язвенном колите не найдено пока прямых психофизиологических корреляций.

Присутствие этих двух факторов - то есть конституциональной, или приобретенной, уязвимости органа и характерного эмоционально-конфликтного рисунка - все-таки не полностью объясняет появление самих симптомов. И органические, и психические предпосылки существуют задолго до того, как развивается собственно болезнь. Что же тогда обуславливает ускорение развития болезни? Александер и его сотрудники предположили, что помимо психической конфигурации и "икс-фактора" существует третье условие, пусковой механизм, который определен как ситуация-ускоритель, влияющая на пациента. Например, одинаковая жизненная ситуация - допустим, если один из супругов уходит из семьи, - может быть облегчением для одного и катастрофой для другого. Человек со специфической уязвимостью органа и характерной конфликтной моделью заболевает соответствующей болезнью только в том случае, когда случайный поворот событий в его жизни мобилизует его центральный конфликт, приводя к разрушению психической защиты организма. Кандидат в тиреотоксикозные больные должен оказаться в очень опасной для жизни ситуации, чтобы у него развились симптомы болезни. Кандидат в язвенники проявит эти симптомы, если его тяга к зависимости от другого человека перейдет все границы терпения; эти

симптомы могут развиваться столь же быстро, если, например, его бросит жена или если он получит назначение на пост, требующий большой ответственности. При удачном стечении обстоятельств, если соответствующей ситуации не возникнет, несмотря на физиологическую уязвимость органа и психический склад, человек может никогда не заболеть той болезнью, к которой он предрасположен психологически и органически.

За последние несколько десятилетий было проведено много обследований, как психиатрических, так и с помощью психоанализа, больных, страдающих от уже описанных болезней и других хронических заболеваний. Многие из этих обследований показали, что хронические органические заболевания имеют не только специфическую органическую патологию, но у пациента, страдающего ими, имеется также и специфическая психопатология. Другими словами, болезни тела тесно связаны с характерными нарушениями. Эмоциональные факторы участвуют в этиологии органических заболеваний, хотя ни в коей мере не являются их единственной причиной. В ряде исследований делается ударение на психологические факторы в возникновении болезней и утверждается, что у человека с уязвимой органической системой может развиваться болезнь этой системы под влиянием любого эмоционального стресса.

Александр и Френч не были удовлетворены наблюдениями, собранными на базе клинической практики, так как очень часто присутствует искушение принять динамический рисунок за историю болезни. Лет двенадцать назад они провели вслепую диагностическую проверку большого числа пациентов. С пациентами, страдающими одним из семи так называемых психосоматических заболеваний, провели беседы. Записи этих бесед подвергли самому тщательному разбору с целью исключить наличие всяких медицинских сведений и предусмотреть, чтобы пациент нигде случайно не раскрыл диагноз своей болезни. Группа терапевтов определила болезнь по этим записям с несколько большим процентным соотношением, нежели случайное (25% против 14,4%). Группа психотерапевтов узнавала болезнь почти вдвое чаще по сравнению с терапевтами (45%). Хотя это достаточно серьезная статистика, возникает несколько вопросов. Почему же процент дедукции среди психоаналитиков не был больше? Приемлемым может быть признан ответ, что специфические психодинамические

формулировки еще недостаточно отработаны, а в некоторых случаях просто не определены. С другой стороны, некоторые специфические гипотезы, вероятно, следует пересмотреть.

В другом исследовании взаимоотношений эмоционального и физиологического факторов Тереза Бенедек и Б.Б. Рубинштейн с помощью температурных карт и вагинальных мазков установили последовательные фазы овуляционных циклов у группы женщин, которые в то же время проходили курс психоанализа. Независимо были проштудированы психоаналитические записи и изменения эмоциональных состояний женщин - в особенности содержание их сновидений. Данные были наложены на последовательные стадии их менструальных циклов. Выявилось поразительное соответствие между физиологическими фазами менструального цикла и содержанием психоаналитического материала.

Бенедек и Рубинштейн сформулировали три вывода: "1) эмоциональные проявления сексуальных импульсов, как и сама репродуктивная функция, стимулируются гонадотропными гормонами; 2) параллельно с продуцированным эстрогена (один из женских гормонов, отвечающий за развитие женских сексуальных характеристик) поведением управляет активно выраженное гетеросексуальное стремление; 3) параллельно с фазой продуцирования прогестина (другой женский гормон, выделяемый в больших количествах во время менструации или беременности) психосексуальная энергия направлена внутрь как пассивно-рецептивная и охранительная тенденция; таким образом, параллельно с гормональным циклом проявляется эмоциональный цикл. Гормональный и эмоциональный циклы вместе образуют сексуальный цикл".

Необходимость экспериментального подтверждения психосоматических теорий

Один из путей получить более полную картину психологического влияния на процессы, протекающие в организме, состоит в том, чтобы создать лабораторию, моделирующую различные типы эмоциональных стрессов, с тем чтобы наблюдать непосредственно их физиологические последствия. Некоторые из исследователей использовали методику так называемых стресс-интервью, во время которых они обсуждали с субъектами тяжелые эпизоды их жизни и

одновременно фиксировали изменения в циркуляции крови, дыхании, назальных функциях, желудочной секреции, эндокринных реакциях. Другие использовали реальные стрессовые ситуации и изучали физиологические реакции таких субъектов, как студенты перед экзаменами или парашютисты во время тренировок.

Одно из самых впечатляющих исследований по психосоматике было проведено учеными Томасом Холмсом, Хелен Гуделл, Стюартом Вольфом и Харольдом Вольфом. Они изучали реакции на угрозу и конфликт. Авторы установили на базе клинических и экспериментальных наблюдений, что унижение, фрустрация, неприязнь могут вызвать назальные реакции в виде покраснения слизистой носа, заметной припухлости носовых проходов, обильных выделений и закупорки. Эти реакции подобны тем, которые отмечаются, когда человек подвергается действию местных раздражителей, вредных для носа, или когда существует угроза целостности всего организма. Они заключили, что эти местные назальные реакции суть попытки организма отгородиться от неблагоприятного окружения. В другой публикации Харольд Вольф и его коллеги отмечали, что в случае беспокойства или эмоционального конфликта следует усиление назальной функции, которое утяжеляет симптомы простуды и сенной лихорадки.

Среди работ по физиологическим последствиям эмоциональных стрессов очень важны исследования Д.Х. Функенштейна и его сотрудников. В своей лаборатории они моделировали ситуации эмоциональных стрессов у различных субъектов и им удалось определить различие в физиологических реакциях на страх или гнев. В то время как Кэннон считал общие реакции на страх или гнев одинаковыми, Функенштейн смог установить различие в реакциях на эти эмоции. Эти исследования подтвердили точку зрения фон Эйлера и ряда других ученых, что гнев усиливает выделение норадреналина. Общеизвестный взгляд на то, что эндокринные секреции зависят от эмоционального стресса, ныне обогатился более точным знанием специфической природы этих психоэндокринных процессов.

Еще один современный и наиболее многообещающий экспериментальный подход к психофизиологическим процессам состоит в изучении сна, особенно психологических и телесных реакций на лишение сна и сновидений. Луис Джолин Уэст с коллегами весьма успешно добивался экспериментальных

психических расстройств, лишая совершенно нормальных людей сна в течение длительного времени. После пятого бессонного дня начинала давать сбой основная функция "Я" - ощущение реальности. Субъекты начинали галлюцинировать, у них развивались симптомы бреда. В то же время они становились чрезвычайно подвержены внушению. Уэст и его сотрудники подозревали, что лишение сна использовалось в тоталитарных государствах для промывания мозгов заключенным. Последствия лишения сна, похоже, более тесно связаны с действительными психическими расстройствами, чем те, что вызываются галлюциногенными средствами, как, например, лизергиновая кислота.

Не менее значительны исследования Чарлза Фишера и Уильяма С.Дементы по поводу лишения сна. Демент и Клейтман в своих более ранних экспериментах показали, как изменяются энцефалографические записи и движения глаз, которые синхронно связаны со сновидениями. В своих замечательных экспериментах Демент и Фишер постоянно будили пациентов в тот момент, когда начиналось сновидение. Затем они продемонстрировали, как в последующие ночи у этих пациентов развивались компенсаторные сновидения, "дефицит сновидений", который вызывал напряжение и беспокойство, "трудности концентрации внимания", "раздражительность", "двигательную дискоординацию", "нарушения чувства времени и памяти". Они предположили, что длительное лишение сновидений может привести к состоянию сновидения наяву, галлюцинациям, бреду и другим психическим симптомам. Своими исследованиями они дали Фрейдю материал для его вывода о том, что сновидения являются психофизической функцией, как бы отдушиной, через которую хотя бы частично отводятся психологические напряжения.

С начала 30-х годов Жюль Массерман и его сотрудники в Северо-Западном университете проводили - как часть обширного исследования, включающего биологические и психологические корреляты, - эксперименты с целью отработки методов изучения принципов психотерапевтического вмешательства на животных. Животные подвергались экспериментальным процедурам, создававшим для них конфликты и, как результат, неврозы. Например, животные оказывались в ситуации, когда они должны были выбрать одну из двух взаимоисключающих моделей поведения, чтобы выжить.

Обезьяну приучили по сигналу входить в клетку с пищей, а затем в клетку положили игрушечную змею. Обезьяны ощущают инстинктивный страх перед змеями; таким образом, перед обезьяной вставала дилемма, как избежать смертельного врага и не умереть от голода. Массерман и коллеги нашли приемы поведения, лечебные для животных с экспериментальными неврозами. Эти методы сродни тем, что используют психиатры при лечении людей в состоянии стресса. Приемы же эти таковы: 1. Удовлетворение или снижение одной из конфликтных биологических потребностей, таких, как неутоленный голод или сексуальное влечение; 2. Перевод в менее стрессовую среду; 3. Попытка разрешить ситуацию тем, чтобы удержать главную причину стресса в пределах выносимости; на примере с человеком - помочь тому, кто боится высоты, поднимая его постепенно, медленно, пока он не привыкнет и не достигнет желаемой высоты; 4. Использование социальных взаимоотношений с целью помочь организму научиться более правильному поведению. Аналогией может служить перевод "трудного" ребенка в "хорошую школу", где дети ведут себя так, как принято в культурной среде; 5. Использование влияния "позитивного перенесения", чтобы помочь невротическому организму переучиться на более здоровые способы адаптации. Интересно, что, если животное испытывает страх перед экспериментатором, его переучить не удастся. Равно как и пациент, который ассоциирует своего врача с какой-то фигурой в его жизни, вызывающей неприятные воспоминания ("негативное перенесение"), не сможет выздороветь, пока ситуация не изменится. Важность такого рычага в лечении животных, какой представляют позитивные отношения между невротическим животным и экспериментатором, убедительно продемонстрировали опыты Массермана; 6. Предложение возможности использовать приобретенные навыки в перестройке прежней конфликтной ситуации. Аналогия с человеком - это побуждение пилота, побывавшего в катастрофе, но не получившего ранений, к новым полетам.

Эксперименты Массермана показали, что опыт изучения животных, к которым клиницисты часто относятся с недоверием, может дать значительную практическую информацию. Фактически экспериментальное моделирование и лечение заболеваний животных традиционно были основным источником накопления научного медицинского знания. Поэтому понятно, что психоаналитики

заинтересовались фундаментальным исследованием неврозов у животных.

Еще слишком рано предсказывать, каково значение этих исследований для медицинской теории и практики в целом. С углублением наших знаний мы понимаем, что эмоциональные факторы имеют влияние практически на любую болезнь; их воздействие ощущается даже в таком известном органическом заболевании, как туберкулез. Более того, значение эмоционального стресса варьируется в больших пределах, и в настоящее время невозможно объективно оценить относительное преимущество органических или психических факторов.

Термин "психосоматический", таким образом, должен быть применен к общему методологическому подходу, относящемуся ко всей области медицины. Каждый пациент - это личность; его эмоциональные напряжения влияют на все процессы его организма. Личность может быть названа как бы центральным правительством, которое связано со всеми остальными органами при помощи нервных или эндокринных путей. Это правительство получает информацию от всех частей тела и может направить руководящие указания всем органам. Как любой из граждан бывает задет, когда в Вашингтоне меняют процент налога, так и все органы затрагиваются теми центральными процессами, которые мы называем функциями личности.

Знание о взаимодействии между эмоциональными факторами и основными органическими функциями организма еще в зачаточном состоянии, но его потенциальная ценность огромна, поскольку эмоциональные факторы задействованы в любом заболевании. Точное знание о психосоматических взаимоотношениях будет означать, что наряду с общим терапевтическим лечением пациента удастся оказывать и более прямую и активную психотерапевтическую помощь, правильно скоординированную с основным лечением.

Психосоматический метод предполагает групповую работу. Во время активной фазы болезни, во время госпитализации лечение необходимо концентрировать на врачебном наблюдении. Эта часть всеобъемлющего врачебного наблюдения осуществляется врачами-специалистами. Когда острые симптомы находятся под контролем, в идеале фокус внимания должен переместиться на систематическую психотерапию, проводимую психиатрами, которые попытались бы

облегчить те хронические эмоциональные стрессы, которые внесли свою лепту в болезнь.

В лечении хронических болезней, обсуждаемых в настоящей главе, одно лишь медикаментозное лечение редко может принести перманентное облегчение. Если эмоциональный стресс от нерешенных конфликтов остается, пациент неизбежно получит рецидив. Хронические эмоциональные раздражители, возникающие в результате этих конфликтов, должны быть исключены или по меньшей мере снижены, чтобы добиться устойчивого излечения. Тесное сотрудничество между медиками-специалистами и психиатрами должно базироваться на взаимопонимании и уважении к профессиональному знанию друг друга; пока это наблюдается лишь в немногих медицинских центрах. Однако то, что это вообще существует, уже, видимо, следует считать большим завоеванием современной медицины.

Еще нередки случаи, когда пациент, страдающий заболеванием органическим, в котором, однако, установлена этиология эмоциональных факторов, должен тайно идти к психиатру, скрывая это от своего лечащего терапевта, чтобы не навлечь на себя его гнев; тогда как многие психиатры, оказывая помощь пациентам с органическими заболеваниями, выражают недовольство тем, что пациент слишком уповает на своего врача-терапевта, как если бы это мешало успешному психотерапевтическому лечению. Этот антагонизм между специалистами-органиками и психиатрами отражает одну из старейших и всем известных слабостей человеческого мышления - видеть решение проблемы в простейшем варианте "или - или". К счастью, монопричинные взгляды начинают терять почву под ногами во всех областях.

Преобладающая в Соединенных Штатах тенденция к тому, чтобы организовать психиатрические отделения в больницах общего направления, обнадеживает. Передовые врачи в таких больницах - как психиатры, так и терапевты - часто успешно осуществляют интеграцию соматического и психиатрического лечения и психических, и органических заболеваний. Психиатрическая больница, изолированная как географически, так и идеологически от медицинских центров, многими рассматривается ныне как пережиток прошлого.

Станислав ГРОФ

**НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА РЕАЛЬНОСТЬ
И ЧЕЛОВЕЧЕСКУЮ ПРИРОДУ**

(Гроф Ст. Холотропное сознание. - М., 1996, С. 216-227)

Человек, в отличие от любой другой, присутствующей во Вселенной вещи, органической или неорганической, вырастает из своей работы, поднимается по ступеням своих понятий, развивается из своих свершений.

Джон Стейнбек

Новое видение психики, описанное здесь, имеет серьезное значение не только для каждого из нас как индивидов, но и для специалистов в области психиатрии, психологии, психотерапии и медицины. Оно также может помочь нам раскрыть новые обширные территории в изучении истории, сравнительной религии, антропологии, философии и даже политики. Углубленное изучение влияния этой работы фактически на каждую область сознания, разумеется, потребовало бы многих томов. Но можно вкратце обсудить самые важные области, на которые оказало воздействие наше новое понимание человеческого сознания.

Человеческое сознание и его связь с материей

Ньютоно-картезианская наука рассматривает материю как фундамент Вселенной. Ученые, придерживающиеся этой системы мышления, изображают сознание как продукт психологических процессов, происходящих в мозге. С такой точки зрения сознание каждого из нас заключено в нашем черепе и абсолютно отделено от сознания других людей. Традиционная наука тоже рассматривает сознание как явление, присущее исключительно человеку, и склонна относиться даже к высшим нечеловеческим формам жизни как к немного большему, чем просто бессознательным машинам. Однако

тщательные исследования переживаний, доступных в необычных состояниях сознания, в частности, в состояниях, обладающих трансперсональной природой, предоставляют убедительные доказательства того, что эти старые определения сознания несовершенны и неправильны.

В то время как имеющаяся у нас картина человеческого сознания, заключенного в черепную коробку, могла казаться истинной там, где рассматривались повседневные состояния сознания, она становится бесполезной, когда мы входим в необычные состояния сознания, такие, как транс и спонтанный психодуховный кризис, или состояния, достигнутые посредством медитации, гипноза, психоделических сеансов и эмпирической психотерапии. Удивительно широкий спектр переживаний, который становится доступен при этих обстоятельствах, явно наводит на мысль о том, что человеческая психика обладает потенциалом для выхода за привычные ограничения пространства и времени. Современное исследование сознания подтверждает тот факт, что у нашей психики нет реальных и абсолютных границ; напротив, мы являемся частью бесконечного поля сознания, которое охватывает все существующее - выходящее за пределы пространства-времени и уходящее в реальности, пока что еще нами не исследованные.

Самое последнее наше исследование указывает на тот факт, что сознание и переживания человека опосредованы мозгом, но они как не порождаются им, так и не являются абсолютно независимыми от него. Сознание, безусловно, может делать те вещи, которые мозг и органы чувств сделать не могут. Это предположение не ограничивается трансперсональной психологией и было высказано одним из отцов современного исследования мозга, нейрохирургом Уилдером Пенфилдом. Ближе к концу своей жизни Пенфилд написал книгу "Тайна ума", в которую он свел проделанные им наблюдения относительно связи между человеческим мозгом и сознанием. Он высказал свое мнение нейрохирурга, заключающееся в том, что сознание не имеет своего истока в мозге. Более поздние исследования, и в частности, танатология, изучающая околосмертные переживания, подкрепила позицию Пенфилда убедительными свидетельствами.

Новые научные открытия начинают подтверждать убеждения, свойственные культурам тысячелетней давности, показывая, что наша

индивидуальная психика, является манифестацией космического сознания и разума, протекающего через все наше существование. Мы никогда полностью не теряем контакт с этим космическим сознанием, поскольку никогда полностью не отделяемся от него. Это то понятие, которое независимо присутствует во всех традициях мира; Олдос Хаксли назвал его "вечной философией".

Новый подход к человеческой психике, который предлагают нам самые передовые исследования, закрывает брешь между традиционной западной наукой и мудростью духовных систем, основанных на многовековых систематических наблюдениях сознания. Когда мы принимаем в расчет описанную в этой книге новую картографию, то такие важные культурные явления, как шаманизм, восточные духовные системы и мистические традиции мира, становятся вдруг не психопатологическими отклонениями или странными причудами, а обычными и понятными формами человеческих стремлений.

Используя новую картографию человеческого сознания, мы начинаем рассматривать исследования антропологов и историков в ином свете. Вооруженные знанием перинатальных переживаний, трансперсональных переживаний и психоидных явлений, мы находим новый смысл в древних ритуалах перехода, церемониях целительства и древних мистериях смерти и возрождения. В качестве примера мы можем взять ритуалы перехода - церемонии, являвшиеся неотъемлемой частью человеческой жизни до наступления Индустриального века; они отмечали такие важные биологические и социальные традиции, как рождение детей, обрезание, половая зрелость, брак, смерть и переселение народов. В большую часть этих церемоний включались необычные состояния сознания, вызванные каким-либо из многочисленных методов. Посвящаемый, принимая участие в этих ритуалах, часто переживал смерть и возрождение, а также их глубокую связь в трансперсональной сфере. В различных церемониях целительства, проводимых для отдельных людей, для целого племени или даже для всего космоса, также типичным образом использовались методы изменения сознания, посредством чего осуществлялась связь между участниками и высшими силами природы или Вселенной.

Во многих продвинутых культурах люди были способны иметь подобные переживания, раскрывая священные тайны смерти и

возрождения. Это были ритуалы преобразования, основанные на особой мифологии и представляющие важные элементы жизни в древних цивилизациях. Например, в Вавилоне ритуалы смерти и возрождения проводились во имя Иштар и Таммуза, а в Древнем Египте посвящались Исиде и Осирису. В Древней Греции и Малой Азии проводились элевсинские мистерии, ритуалы, посвященные Дионису, мистерии Атгиса и Адониса и другие. В древности в эти мистерии посвящали многих важных культурных и политических деятелей. Сюда можно включить философов Платона и Аристотеля, драматурга Еврипида и военного лидера Алкивиада. В этих традициях участники получали переживания выхода за пределы повседневной реальности и исследования реальностей, находящихся вне сферы обычного сознания.

Традиционная психиатрия никогда адекватно не объясняла эти формы переживания, их универсальность и их культурную и психологическую важность. Возможность научного наблюдения необычных состояний сознания у людей, принадлежащих нашей культуре, обеспечила нас некоторыми совершенно новыми подходами к смыслу древних путешествий в другие реальности. Теперь стало ясно, что эти древние практики не являлись ни патологиями, ни продуктом первобытных суеверий; скорее, они были обоснованными и детально разработанными духовными практиками, признававшими и почитавшими более широкий взгляд на сознание, чем тот, которого придерживаются приверженцы ньютоно-картезианской модели реальности. Более того, когда необычные состояния открываются даже по-научному осмотрительным и весьма знающим людям, живущим в наше время и в нашей культуре, то они находят для себя эти переживания глубоко волнующими и многозначительными и коренным образом меняющими их убеждения.

Одно из самых важных изменений, переживаемых большинством людей через необычные состояния сознания, подразумевает новую оценку роли духовности во вселенской схеме вещей. В нынешнем веке академическая психология и психиатрия отодвинули духовность в сторону как продукт суеверий, примитивного магического мышления и открытой патологии. Однако под воздействием данных современных исследований сознания, предоставляемых нам на протяжении последних двух десятилетий, мы начинаем видеть, что духовность инспирируется и поддерживается перинатальными и

трансперсональными переживаниями, которые имеют свое происхождение в глубочайших тайниках человеческого ума. Этим визионерским переживаниям присуще изначальное божественное качество, как его называл К-Г. Юнг; они являлись изначальными источниками всех великих религий. Более того, становится очевиден тот факт, что в человеческих существах живет глубокая потребность в трансперсональных переживаниях и состояниях, в которых они могут выйти за пределы своих индивидуальных личностей и почувствовать свое место в огромном целом, которое непреходяще. Эти духовные стремления, как кажется, являются более основательными и захватывающими, чем сексуальные побуждения, и если они не удовлетворяются, то это может привести к серьезным психологическим расстройствам.

Природа душевных и психосоматических расстройств

Новые наблюдения человеческого сознания способствуют также радикальным сдвигам в наших взглядах на душевное здоровье. Благодаря особому историческому развитию психиатрия стала медицинской дисциплиной. Этому процессу было положено начало в прошлом веке, когда биологические причины, такие, как инфекции, опухоли, патологии и дегенеративные заболевания мозга, были признаны причинами лишь некоторых (но ни в коем случае не всех) расстройств психической деятельности. И хотя дальнейшие научные исследования не могли доказать существования биологических причин большей части неврозов, депрессий, психосоматических заболеваний и психотических состояний, медицина продолжала господствовать над психиатрией, поскольку была способна контролировать симптомы многих расстройств психической деятельности.

В настоящее время медицинская модель продолжает играть главенствующую роль в теории психиатрии, клинической практике и подготовке врачей, а также в судебной медицине. Термин "душевная болезнь" широко применяется для многих состояний, где органической причины не обнаруживается. Как и в медицине, эти симптомы рассматриваются в качестве проявлений патологических процессов, а усиление симптомов считается прямым доказательством серьезности нарушения. Психиатрия основного направления большей частью сосредоточивает свои усилия на подавлении симптомов. Эта

практика приравнивает ослабление симптомов к улучшению, а усиление их - к ухудшению клинического состояния.

Еще одним наследием медицины в психиатрии является акцент на навешивании диагностических ярлыков. Однако, в то время как для чисто физических болезней возможно найти относительно точные диагностические ярлыки, основанные на клиническом наблюдении и лабораторных тестах, с диагностическими ярлыками в психиатрии намного сложнее. Вдобавок к этому, в отличие от диагнозов физических болезней, диагностические ярлыки в области психиатрии не указывают врачам определенный курс лечения. В психиатрии личная философия и убеждения, включая человеческие взаимоотношения, которые врач устанавливает с пациентами в ходе лечения, для многих пациентов зачастую играют важную роль. Например, органически ориентированные психиатры могут прописать электрошоковую терапию невротика, тогда как психологически ориентированные могут использовать психотерапию для психотиков.

Работа с людьми, переживающими необычные состояния сознания, принесла с собой замечательные изменения в понимание и глубокие новые прозрения относительно эмоциональных и психосоматических расстройств, для которых не было обнаружено органических причин. Эта работа показала, что все мы несем в себе записи о физических и душевных травмах, одни из которых имеют биографическое или перинатальное происхождение, а другие трансперсональны по своей природе. Кое-кто может достичь перинатальных и трансперсональных состояний посредством медитативных практик, тогда как другие получают такие результаты только при помощи усиленной эмпирической терапии или психоделических сеансов. Некоторые люди, психологическая защита которых не слишком сильна, могут переживать эту материальную плоскость бессознательного спонтанно, в ходе своей повседневной деятельности.

Когда мы начинаем испытывать симптомы расстройства, которое по своей природе скорее является не органическим, а эмоциональным, важно осознавать, что это не начало "болезни", а всплытие в нашем сознании материала, который был ранее захоронен в нашей бессознательной части. Когда этот процесс завершен, симптомы, связанные с бессознательным материалом, навсегда

разрешаются и имеют тенденцию исчезать. Таким образом, появление симптомов - не начало болезни, а начало ее разрешения. Аналогичным образом, усиление симптомов должно восприниматься не как критерий серьезности заболевания, а скорее как показатель скорости процесса исцеления. Клиническим психиатрам уже не одно десятилетие известно, что прогнозировать протекание болезней у пациентов с драматическими симптомами гораздо проще, чем у тех, болезнь которых развивается медленно и коварно. Но все же по традиции врачи стараются подавить симптомы, помешать им полностью выйти на поверхность, и это та практика, которая, по иронии, известна как способствующая продолжению протекания душевных болезней.

Необычные состояния сознания имеют тенденцию работать в ключе внутреннего радара, выискивая самые мощные эмоциональные заряды и перенесения связанного с ними материала в сознание, где это может разрешаться. В этом процессе существующие уже симптомы усиливаются и прежде скрытый "бессознательный материал", поддерживающий их, выходит на поверхность. Процесс усиления симптомов, за которым следует их разрешение, имеет параллели с принципами системы лечения, называемой гомеопатией. Гомеопаты определяют обычно появление симптомов не как проблему, а как проявление процесса исцеления. Это, разумеется, противоречит теориям современной медицины.

Наше исследование, связанное с необычными состояниями сознания, принесло нам новые прозрения, касающиеся относительной важности постнатального биологического материала. В психологии общего направления мы считаем травмирующие события раннего детства, наряду с более поздними событиями жизни пациента, основными источниками неврозов и многих психосоматических расстройств. Теоретики психиатрии за редким исключением полагают, что психотические нарушения невозможно понять, оперируя исключительно терминами психологии, и что их причиной должна считаться не определенная до сих пор патология мозга. Однако наши последние исследования ставят под сомнение эти оба предположения.

Наблюдая пациентов, находящихся в необычных состояниях, мы обнаружили, что их невротические или психосоматические симптомы часто включают в себя больше, чем биографический уровень

психики. Поначалу мы можем предположить, что эти симптомы связаны с травмирующими событиями, которые пациенту пришлось пережить в младенчестве или детстве, как это описывает традиционная психология. Однако, когда процесс продолжается и переживания углубляются, те же самые симптомы оказываются также связаны с особыми аспектами родовой травмы. В этом случае можно проследить, что дополнительные корни той же самой проблемы уходят еще дальше - в трансперсональные источники, например в переживания прошлой жизни, в неразрешенные архетипические темы или в отождествление человека с особым животным.

Так, человек, страдающий психогенной астмой, мог прежде всего пережить в детстве одно или больше событий, связанных с удушьем (возможно, он тонул, болел коклюшем или дифтерией). Более глубоким источником той же проблемы может быть для этого человека ситуация, близкая к удушению, когда он проходил через родовой канал. На трансперсональном уровне астматические симптомы могут быть связаны с переживаниями удушения или повешения, относящимися к прошлой жизни, и даже с элементами животного сознания, такими, как отождествление с животным-жертвой, задушенным удавом. Для полного избавления от этой формы астмы важно встретиться лицом к лицу с различными переживаниями, связанными с этой проблемой, и интегрировать их.

Глубокая эмпирическая работа открыла аналогичные многоуровневые структуры в других состояниях, которыми занимаются психиатры. Перинатальные уровни бессознательного являются важными хранилищами неприятных эмоций и ощущений и часто оказываются источником беспокойства, депрессии, чувства безнадежности и собственной неполноценности, а также агрессивности и приступов ярости. Усиленный более поздними травмами младенчества и детства, этот эмоциональный материал может привести к различным фобиям, депрессиям, садомазохистским наклонностям, криминальным поступкам и истерическим симптомам. Напряжение в мышцах, боли и другие формы физического дискомфорта, являющиеся естественной частью травмы рождения, могут развиваться в психосоматические проблемы, такие, как астма, мигрени, язвы органов пищеварения и колиты.

При исследовании третьей перинатальной матрицы (БПМ-III) мы описывали то, как наши переживания могут быть связаны с сильным

чувственным возбуждением. Таким образом, можно с уверенностью предположить, что наша первая встреча с сексуальными чувствами связана с беспокойством, болью и агрессивностью. Более того, именно в БПМ-III мы также встречаемся с кровью, слизью, а иногда с мочой и фекалиями. Эти ассоциации, по всей видимости, и являются естественной основой для развития сексуальных отклонений и извращений, даже таких, как убийство на сексуальной почве. Зигмунд Фрейд потряс мир, когда объявил, что сексуальность не начинается с половой зрелости, а существует уже в младенчестве. Наши самые последние наблюдения наводят на мысль о том, что все мы испытывали сексуальные чувства задолго до половой зрелости или младенчества, еще до того, как нам прийти в этот мир. Настолько, насколько мы можем в эту идею поверить, она обеспечивает весьма правдоподобное объяснение источников сексуальной патологии, в частности ее самых крайних и причудливых выражений.

Дополнительные наблюдения наводят на мысль о том, что суицидальные тенденции, алкоголизм и наркомания также имеют перинатальные корни. Особое значение, как представляется, имеет свободное использование анестезии во время родов; определенные вещества, примененные с целью облегчения боли матери, учат новорожденного на клеточном уровне видеть состояние, вызванное препаратом, как естественный путь для бегства от боли и трудных эмоций. Эти открытия недавно были подтверждены клиническими исследованиями, связывающими различные формы суицидального поведения со специфическими аспектами биологического рождения. Среди них выбор самоубийства при помощи наркотиков был связан с использованием анестезии во время родов; выбор повешения - с удушением во время родов; а выбор мучительного самоубийства - с мучительным рождением. Как и в случае приведенного выше примера психогенной астмы, традиционные корни всех этих проблем можно обнаружить в трансперсональной сфере: попытки самоубийства через повешение связаны с удушением или повешением в прошлых жизнях; самоубийство от передозировки наркотиков связано с переживаниями прошлых жизней, касающимися наркотиков; а мучительное самоубийство означает умышленную автокатастрофу, относящуюся к прошлой жизни, где человек прошел через переживания аналогичного характера.

Наше новое понимание эмоциональных трудностей не

ограничивается невротами и психосоматическими расстройствами. Они могут продолжаться до более крайних психологических беспокойств, называемых психозами. Традиционные попытки объяснить различные симптомы психозов с точки зрения психологии были не очень убедительными, особенно когда клиницисты пытались истолковывать их только в терминах биографических событий, пережитых в младенчестве и детстве. Состояния психозов часто включают в себя крайние эмоции и физические ощущения, такие, как полное отчаяние, глубокое метафизическое одиночество, адские физические муки, жестокая агрессия, или, напротив, единство с Вселенной, экстаз и райское блаженство. Во время проявления психоза человек может переживать свою смерть и возрождение или даже разрушение и воссоздание всего мира. Содержание таких эпизодов часто бывает фантастическим и экзотическим, где присутствуют различные мифологические существа, видения рая и преисподней, события, относящиеся к другим странам и культурам, и встречи с внеземными цивилизациями. Ни сила эмоций и ощущений, ни необычное содержание психотических состояний не могут быть разумно объяснены в терминах ранних биологических травм, таких, как голод, эмоциональные лишения или другие расстройства младенца.

Травма рождения, составляющая важный аспект бессознательного, является очень мучительным и потенциально угрожающим жизни событием, которое, как правило, длится много часов. Таким образом, она определенно является более вероятным источником крайних эмоций и ощущений, чем большинство других событий детства. К тому же, мифологические измерения многих психотических переживаний представляют обычную и естественную характеристику трансперсональной сферы психики, согласно предложенной Юнгом концепции о коллективном бессознательном. Более того, всплытие таких глубоких элементов из бессознательного может рассматриваться как попытка психики избавиться от травмирующих отпечатков и облегчить свою деятельность.

Все эти наблюдения привели нас с Кристиной к заключению, что в настоящее время многие состояния, диагностируемые как душевные болезни, которые в установленном порядке лечат при помощи средств подавления, на самом деле являются психодуховными кризисами, или "духовными экстремальными состояниями", как мы их называем.

Если их должным образом понять и поддержать, то они могут привести человека к исцелению и преображению. На протяжении многих веков эпизоды такого рода описывались в мистической литературе как важные аспекты духовного путешествия. Они во все века происходили в жизни шаманов, основателей великих религий, святых, пророков, отшельников, а также посвященных в священные мистерии. В 1980 году Кристина организовала Сеть поддержки в духовном кризисе (СПДК) - всемирную организацию людей, предлагающих поддержку и руководство людям, находящимся в таких психодуховных кризисах, - как альтернативу традиционному лечению. Сегодня список адресатов СПДК содержит имена тысяч людей, проживающих в Соединенных Штатах и во многих других странах мира.

Психотерапия и практики целительства

Цель самых необычных систем психотерапии - понять, как работает психика и как развиваются эмоциональные расстройства. Их цель - использовать разработанные ими теории, чтобы изменить то, как пациенты мыслят, чувствуют, ведут себя и принимают жизненно важные решения. Даже в самых недирективных формах психотерапии терапевт считается основным звеном в процессе исцеления, поскольку обладает знаниями и подготовкой, более высокими, чем у пациента. Таким образом, это считается достаточной квалификацией терапевта для того, чтобы руководить самоисследованием пациента с помощью соответствующих вопросов и толкований.

Проблема состоит в том, что лишь немногие школы терапии выражают согласие по поводу самых фундаментальных моментов, касающихся тайн человеческой психики, природы психопатологии или даже терапевтических методов. Подход к той же самой болезни варьируется в зависимости от личных убеждений терапевта и от школы, к которой он принадлежит. Что касается школ, то здесь нет деления на плохие и хорошие в плане получения терапевтических результатов. Известно, что "хорошие терапевты" различных школ получают хорошие результаты, а "плохие терапевты" - плохие результаты. Более того, результирующие изменения у пациентов мало имеют общего с тем, как их представляют терапевты. Было высказано предположение, что успех психотерапии может не иметь ничего общего с методом терапевта и содержанием вербальных

интерпретаций. Он зависит от таких факторов, как качество отношений в терапевтической обстановке, степень сопереживания или чувство пациента по поводу того, насколько его поняли и поддержали.

В традиционной вербальной психотерапии от пациента ожидается, чтобы он предоставил информацию о его настоящих и прошлых проблемах и по возможности описал свои сны, которые, как считается, обеспечивают прозрения в бессознательное. Следовательно, решать, что является психологически уместным, не вправе ни один терапевт. Таким образом, анализ Фрейда сосредоточен на сексуальных моментах, анализ Адлера делает акцент на материале, относящемся к чувствам неполноценности и стремлению обрести власть и т.п. Работа же с необычными состояниями сознания, напротив, минует проблемы теоретических различий между разными школами и ролью терапевта как толкователя психологического материала. Как вы помните, в необычных состояниях сознания материал с самой сильной эмоциональной заряженностью автоматически выбирается и выносится в сознание. Эти необычные состояния обеспечивают также необходимые прозрения и мобилизуют наши внутренние целительные силы со всей присущей им мудростью и энергией. Как бы мы ни пытались копировать эти естественные процессы исцеления, ни одна школа даже близко не приблизилась к этому.

Самым важным требованием к психотерапевту, использующему необычные состояния сознания, - это не подчинять себе особые методы и направлять пациента в желаемое русло, а принимать спонтанно разворачивающийся процесс и доверять ему. Важно делать это безоговорочно, даже если время от времени терапевт не понимает происходящего интеллектуально. Эта задача бросает вызов большинству специалистов, которые привязаны к теоретическому руководству своих школ. Без особых усилий со стороны терапевта в результате разворачивания непредсказуемого массива переживаний (которые могут быть биографическими, перинатальными, трансперсональными или всеми тремя одновременно) симптомы проясняются и происходит преобразование человека. В холотропной терапии, в работе с критическими состояниями духа и в тысячах сеансов психоделической терапии из моих ранних исследований я видел множество явных исцелений и положительных изменений в

личностях, которые совершенно ускользали от моих попыток рационального понимания.

В работе с необычными состояниями сознания роли терапевта и пациента весьма отличаются от их ролей в традиционной психотерапии. Терапевт это не активный агент, который вызывает изменения в пациенте путем специальных вмешательств, а тот, кто разумно сотрудничает с его внутренними целительными силами. Это понимание роли терапевта совпадает с изначальным значением греческого слова *therapeutes*, которое означает "человек, помогающий в процессе лечения". Это также находится в согласии с подходом к психотерапии К.-Г. Юнга, где считается, что задача терапевта - быть связующим звеном между пациентом и его внутренней сущностью, которая таким образом управляет процессом преобразования и индивидуализации. Мудрость, требуемая для изменения и исцеления, исходит из коллективного бессознательного и далеко опережает знания, которые терапевту доступны интеллектуально.

В то время как терапевт и пациент могут иногда испытывать беспокойство из-за недостатка рационального понимания в процессе лечения, яркие позитивные изменения, достигаемые пациентом за сравнительно короткие периоды времени, являются более чем достаточной компенсацией. В такого рода работе становится ясно, что жесткую концептуальную схему, которая раскладывает проблемы пациента по заранее подготовленным полочкам, использовать невозможно. Как утверждал Юнг, нет никакой гарантии в том, что наблюдаемое в отдельном терапевтическом сеансе уже виделось нами раньше и может быть понято в терминах существующей школы. Психика не имеет пределов, и ее ресурсы и творческий потенциал безграничны. По этой причине возможно то, что в любой терапевтической встрече мы можем очень хорошо засвидетельствовать или пережить явления, которые прежде никогда не наблюдались. Это делает терапевтическую работу волнующим продолжающимся приключением, полным открытий и новых постижений на каждом повороте.

ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ

*ПЕРЕТЯТЬКО Лариса Георгіївна кандидат психологічних наук,
доцент кафедри психології Полтавського національного
педагогічного університету імені В.Г. Короленка*

*ТЕСЛЕНКО Марина Миколаївна кандидат педагогічних наук, доцент
кафедри психології Полтавського національного педагогічного
університету імені В.Г. Короленка*

У статті подано результати теоретичного аналізу дослідження проблеми психосоматичних розладів. Проаналізовано внесок вітчизняних і закордонних учених у вивчення даного феномену. Розглянуто науковометодичні проблеми сучасної психосоматики, пов'язані з її інтегративним характером як серед психологічних галузей, так і серед медичних.

Ключові слова: психосоматичні розлади, психосоматичний підхід, психосоматичні реакції, астеничний синдром, внутрішня картина хвороби.

Постановка проблеми. У зв'язку зі зростанням психологічного навантаження і стресів у сучасному суспільстві проблема розуміння психологічного аспекту феномену здоров'я стає однією з найважливіших. Ставлення до здоров'я і хвороби, когнітивні й емоційні компоненти цього ставлення мають важливе значення у збереженні здоров'я і подоланні хвороби.

Уявлення про здоров'я людини завжди було динамічним, розвивалося паралельно з розвитком цивілізації, науки, зокрема знань про природу людини. Змінювалися також погляди на співвідношення таких понять як здоров'я і хвороба. Труднощі пошуку найбільш адекватних дефініцій зазвичай були пов'язані з необхідністю розв'язання конкретних наукових, практичних чи соціальних завдань. Відтак кожна дефініція здоров'я по суті відображає не лише зміст цього феномену, але й сучасні їй наукові та суспільні тенденції.

Аналіз основних досліджень та публікацій. З поглибленням знань в галузі фізіології, психофізіології та психічної діяльності вчені намагаються більш предметно дослідити фізіологічні і психічні феномени. Проблему взаємозв'язку соматичних функцій і психічних процесів намагались досліджувати як фізіологи (І.М. Сеченов, Г. Фехнер, І.П. Павлов, В.М. Бехтерев, П.К. Анохін, О.Р. Лурія, Н.П. Бехтерева, Ю.І. Александров, Є.Д. Хомська, Є.М. Соколов), так і психологи (В. Вундт, В.М. Теплов, В.Д. Небиліцин, С.Л. Рубінштейн, О.М. Леонт'єв, А.М. Іваницький, Е.А. Констандов, П.В. Сімонов, К.В. Судаков).

Без знань про те, як людина відноситься до свого здоров'я, неможливо скласти уявлення про його внутрішню картину хвороби. Фактори, що викривлюють внутрішню картину хвороби, можуть стати основою для надмірного зосередження на своєму соматичному стані, для перебільшення окремих недуг, для виникнення деяких симптомів захворювань, наприклад, таких, як хворобливе прагнення до схуднення, виправлення реальних або уявних фізичних недоліків.

Згідно даних експертів ВООЗ, майже 50% стаціонарних лікарняних ліжок у світі займають пацієнти з психосоматичною патологією. Серед дітей, що звертаються за допомогою до поліклінік 40-68% страждають якраз психосоматичними розладами [2].

Отже, необхідність вивчення конкретних механізмів психосоматичних кореляцій і встановлення дійсної питомої ваги психічного і соматичного у стані хворого (співвідношення органічних якихось органів і систем, з одного боку, і внутрішньої картини хвороби – з іншого) все гостріше усвідомлюється зараз у всіх галузях практичної медицини.

Проблема виявлення психофізіологічних особливостей у психосоматичних хворих є маловивченою, про що свідчить невелика кількість публікацій. У зв'язку з чим проведення досліджень у цьому напрямку є актуальним.

Мета статті полягає у висвітленні сучасних уявлень про психологічні та фізіологічні механізми формування психосоматичних розладів.

Виклад основного матеріалу дослідження. Соматичні симптоми, які неможливо пояснити органічними захворюваннями і, які не є вторинними наслідками іншої симптоматики (наприклад, депресії або панічні розлади) з 1980 року, тобто моменту введення американської

класифікаційної системи DSM-III, називаються «соматоформними розладами». В медицині зустрічаються ще й поняття «функціональні соматичні порушення» [9].

У сучасній медицині під психосоматичними розладами розуміють групу хворобливих станів, що проявляються екзацербациєю соматичної патології, формуванням загальних, що виникають при взаємодії соматичних і психічних факторів системокомплексів – соматизованих психічних порушень, психічних розладів, що відображають реакцію на соматичне захворювання.

Проблема психології соматичної хвороби завжди розглядалася у двох аспектах: по-перше, з точки зору впливу психічних факторів на соматичну сферу людини і по-друге, впливу соматичних факторів на психіку хворого. У зв'язку з цим в сучасних медико-психологічних дослідженнях чітко оформилися два протилежних напрямки. До одного з них відносять аналіз сутності патогенного впливу хвороби на особистість, змін перебігу психічних процесів та операціонально-технічних можливостей пацієнтів в умовах певної хронічної соматичної хвороби.

Зокрема, А. Франц вказував, що етіологічне значення для захворювання можуть мати такі фактори як спадкова схильність, родові травми, органічні захворювання раннього віку, що призводять до підвищеної чутливості певних органів, переживання негативного досвіду в дитинстві тілесної травми, особливості виховання в ранньому дитинстві, переживання негативного емоційнотравматичного досвіду, емоційний клімат в сім'ї і характерні особистісні особливості батьків, нещодавні тілесні ушкодження, нещодавні емоційні переживання, що пов'язані з інтимними, особистими і професійними взаєминами. Лише при аналізі всіх цих категорій і їх взаємодії можна отримати повну етіологічну картину [8].

Практичне значення досліджень Александера полягає в тому, що якщо специфічні психологічні особливості характерні для певних захворювань, то це дає можливість ранньої діагностики соматичного ушкодження за психологічними ознаками пацієнта. Інший напрямок досліджень спрямований, навпаки, на аналіз особистісних рис, що виявляються задовго до маніфестації певного соматичного захворювання. Крайнім вираженням цих поглядів є концепція «специфічної особистості» у психосоматичних школах [6].

Послідовники цього напрямку вказують на той факт, що хворі на цукровий діабет мають особливу особистісну структуру, яка відрізняє їх як від хворих із іншими соматичними хворобами: так і від здорових людей.

На основі аналізу наукової літератури та наявних досліджень було встановлено, що на сьогоднішній день у сучасній психосоматичній медицині існує понад триста різноманітних концепцій психосоматичних взаємозв'язків.

Зокрема, З. Фройд за допомогою концепцій істеричної конверсії й органічного еквівалента тривожних станів намагався пояснити виникнення психосоматичних розладів та визначити функцію і значення «патологічних соматичних процесів» у переживаннях і поведінці хворого. Він зараховує конверсію до витіснення, а соматичний еквівалент тривоги – до більш примітивного захисного механізму проєкції.

В теорії морбогенних стосунків матері і дитини (Г. Аммон) пояснюється, що мати, котра не змогла знайти і розвинути власну ідентичність у своїй родині, має нереалістично завищений образ ідеальної матері й ідеальної дитини, нав'язуючи дитині свої власні несвідомі вимоги досконалості, найчастіше у формі жорсткого контролю всіх її життєвих проявів, особливо соматичних функцій. Лише соматичне захворювання дитини дозволяє матері підтвердити своє несвідоме ідеальне уявлення про себе як про добру матір і винагородити за це дитину увагою і турботою.

Нейрогуморальна теорія розглядає більшість психосоматичних захворювань як реакції на перевантаження, підвищені вимоги, порушення внутрішньої рівноваги (гомеостазу), що розуміють як прояви загального неспецифічного синдрому адаптації, «стресу» Ще в тридцятих роках ендокринолог Г. Сельє піддавав щурів різним стресогенним чинникам. З'ясувалось, що незалежно від специфіки джерела стресу, щурі починали страждати виразковими хворобами і різноманітними порушеннями роботи ендокринної системи.

На основі результатів експериментальних даних І. Павлова була побудована кортико-вісцеральна теорія походження психосоматичних розладів. На його думку не можна відмежовувати психічне від соматичного, треба завжди йти шляхом фізіологічного обґрунтування реакцій цілісного організму [5].

У світлі теорії функціональних систем П. Анохіна будь-яка

емоція розглядається як цілісна функціональна система з усіма властивими їй закономірностями, а емоційні стани як у нормі, так і при соматичних захворюваннях підпорядковані причинно-наслідковим зв'язкам.

Усі ці теорії, по суті, є окремими фрагментами, які лише в сукупності наближаються до дійсно повного пояснення складних психосоматичних взаємовідносин. Кожна з них висвітлює лише якийсь один аспект проблеми, тим самим розглядаючи лише окремий випадок виникнення психосоматичних порушень.

Як результат, з'являються так звані комплексні теорії, що підкреслюють складність патогенезу психосоматичних розладів, які враховують як психологічні, так і соматичні фактори розвитку патології. Серед таких робіт можна виділити сучасну гіпотезу, що намагається пояснити природу психосоматозів, згідно якої важливим фактором у виникненні багатьох соматичних захворювань є негативні емоції, особливо ті, на які не вдалось адекватно відреагувати.

А тому негативні емоції супроводжуються фізіологічними змінами в організмі, що призводять до підвищеного артеріального тиску, підвищеного м'язового тону, надлишкового цукру в крові, гормонів (адреналіну, норадреналіну) та активізації кровообігу. У тваринному світі слідом за такою реакцією настає моторна реакція як наслідок активізації так званих обслуговуючих систем організму. Але в умовах сучасної цивілізації, в умовах високого самоконтролю безпосередні моторні реакції відсутні, в результаті чого спочатку порушується вегетативна регуляція внутрішніх органів а потім і їх ушкодження.

Виходячи з цього, багато вчених роблять висновки, що негативні емоції безумовно шкідливі і їх шкода особливо велика, якщо вони не реалізуються в поведінці.

Отже, сучасні психологи також визнають вплив емоцій на виникнення та перебіг різних захворювань. Будь-яка якісно окреслена емоція розглядається як цілісна функціональна система з усіма властивими їй закономірностями. Включення емоційних станів у зміст функціональної системи чітко корелює з біологічною роллю емоцій, філогенетично спрямованих насамперед на задоволенні потреби у збереженні себе. Саме емоції, один із найбільш демонстративних прикладів соматовегетативної інтеграції, детермінують усю життєдіяльність організму [4].

Першим проявом початку психосоматичної хвороби з боку емоційно-почуттєвої сфери в людини є погане самопочуття, що досить часто пояснюється нею як наслідок втоми. Якщо не змінюється ситуація, що викликала цей стан, хвороба проявляється на клінічному рівні та розширюється симптомокомплекс із боку інших психічних функцій: порушується сон, звужується коло інтересів, виснажується увага, пам'ять, знижується швидкість мисленневих операцій, спостерігається підвищена емоційна лабільність, плаксивість, вразливість [5].

Крім різних короточасних психосоматичних реакцій, що з'являються в напружених життєвих ситуаціях, виділяють ще чотири великі групи розладів іншого ґатунку [7]:

1. Конверсійні симптоми – символічне вираження невротичного (психологічного) конфлікту. Тіло тут служить, наче, сценою символічного вираження суперечливих почуттів хворого, котрі придушені і витіснені в несвідоме. Їхніми прикладами є істеричні паралічі, психогенна сліпота або глухота, блювота, больові відчуття.

2. Психосоматичні функціональні синдроми – виникають частіше при неврозах. На відміну від психогенної конверсії, окремі симптоми тут не мають специфічного символічного значення, а є неспецифічним наслідком тілесного (фізіологічного) супроводу емоцій чи психічних станів. Зокрема, деякі варіанти ендогенних і невротичних депресій часто імітують соматичне захворювання, «маскуються» під нього.

3. Органічні психосоматичні хвороби (психосоматози) – в їхній основі лежить первинно тілесна реакція на конфліктне переживання, пов'язана з морфологічно встановленими патологічними змінами в органах. Відповідна спадкова схильність може впливати на вибір органу. Перші прояви психосоматозів виникають у будь-якому віці, але частіше вони починають фіксуватися вже в ранній юності в осіб з виразними і постійними особистісними характеристиками. Після маніфестації захворювання звичайно набуває хронічний чи рецидивуючий характер, і вирішальним провокуючим фактором виникнення чергових загострень є психічний стрес. Однак функціональні порушення внутрішніх органів на більш пізніх етапах хвороби приводять до їхньої деструкції, тобто органічних змін і захворювання набуває рис типово соматичного, фізичного страждання. Історично до цієї групи відносять сім класичних

психосоматичних захворювань: 1) есенціальна гіпертонія; 2) бронхіальна астма; 3) виразкова хвороба дванадцятипалої кишки і шлунку; 4) неспецифічний виразковий коліт; 5) нейродерміт; 6) ревматоїдний артрит і 7) гіпертиреоїдний синдром («сімка», за Alexander, 1968).

4. Психосоматичні розлади, пов'язані з особливостями емоційноособистісного реагування і поведінки – схильність до травм та інших саморуйнівних видів поведінки, (алкоголізм, наркоманія, куріння, переїдання з ожирінням і інші). Ці розлади зумовлені особливостями особистості і її переживань, що приводить до поведінки, результатом якої є порушення здоров'я.

Практично кожне соматичне захворювання закінчується астеничним станом. Цей стан нерідко входить як один із ведучих симптомів у клініку ряду соматичних хвороб. Із медико-психологічних досліджень відомо, що усім хворим із ураженням внутрішніх органів притаманні знижений настрій і особистісна переробка інтероцептивних сигналів. Хворі схильні постійно порівнювати свій стан з тим, який був до захворювання. При цьому, залежно від преморбідних особливостей особистості, проявляються різні типи реагування на хворобу. Одні виявляють відстороненість, замкнутість, інші, навпаки, прагнуть боротися з хворобою, намагаються втрутитися в лікування.

Сучасна медицина виділяє три основні форми астеничного синдрому. Це гіперстенічна форма, форма дратівливості й слабкості, гіпостенічна форма. Ці форми можуть бути не тільки окремими, але й розглядатися як послідовні стадії астенії.

Для першої гіперстенічної форми характерна підвищена дратівливість, висока збудливість пацієнта. Він нестриманий із оточуючими, його дратують сторонні звуки, шуми, скупчення людей. Такі люди відрізняються низькою працездатністю, що пов'язано не з утомою, а порушенням процесів уваги, сприйняття, розсіяністю і неспроможністю зосередитися. У письмовій продукції зустрічаються багато помилок й опісок. Невдачі та перешкоди, що виникають під час роботи, легко вибивають людину з робочого стану, змушують його відступати від наміченого плану діяльності. Все це стає причиною того, що до кінця робочого дня людина відчуває себе втомленою і роздратованою, але фактично результат його роботи на нулі.

При другій формі астенії – дратівливості й слабкості – у хворих після бурхливого початку діяльності настає швидке її згасання, за швидким спалахом цікавості – в'ялість та апатія, за нетерплячим прагненням що-небудь зробити – настає стомленість і розчарування. Людина швидко виходить з себе, кричить, але через кілька хвилин крик може переходити в плач та психічне виснаження.

При третій, гіпостенічній формі, пацієнт відчуває психічну слабкість, апатію, втрату життєвих інтересів. Він починає страждати депресією, втрачає життєві орієнтири. Колишні інтереси перестають бути привабливими. Уже в середині робочого дня він відчуває себе нездатним до діяльності. Нові завдання здаються нездоланно важкими, а після робочого дня хворий відчуває повну неспроможність і відсутність цікавості до будь-якої роботи, читання і навіть до розваг. Характерна постійна сонливість. Сон при цьому не приносить бадьорості та відновлення працездатності [1].

Таким чином, із опису астенічного синдрому видно, що загальне зростаюче стомлення на пізніх стадіях астенічного синдрому обмежує соціальну активність та трудову діяльність людини, що в свою чергу часто призводить до патологічного розвитку особистості.

При затяжному та хронічному перебігу хвороби астенічний синдром призводить до істотних змін спрямованості потребомотиваційних процесів хворої особистості. Поступово це веде до повного підкорення всіх мотивів діяльності одному мотиву – збереження власного здоров'я та зниження інтересу до праці, сім'ї, розваг. Будь-які події у житті хворого інтерпретуються ним із позиції шкоди або користі для здоров'я.

Як указують С.Д. Максименко та Н.Ф. Шевченко, соматичне захворювання належить до тих чинників, які впливають на зміну психічного стану людини, її ставлення до навколишнього середовища, на зміну структури її самооцінки, нерідко спричиняють передчасну як фізичну, так і психічну інвалідизацію. У ситуації захворювання людина формує своє власне ставлення до нових обставин життя і до самої себе у цих обставинах, тобто внутрішню картину хвороби [4].

Термін «внутрішня картина хвороби» визначає відображення хвороби у психіці людини (синонімічні терміни: апопластична картина хвороби, аутопластична картина хвороби, переживання хвороби, ставлення до хвороби, реакція адаптації тощо).

Усебічне наукове вивчення проблеми реакцій хворого на своє

захворювання розпочалося з праць німецького лікаря А. Гольдшейдера. Він уперше описав відчуття, переживання та уявлення хворого про свою хворобу і назвав їх аутопластичною картиною захворювання. А. Гольдшейдер виокремив два рівні у картині захворювання: «сенситивний», який виникає на основі відчуттів, та «інтелектуальний», що є результатом розмірковувань хворого про свій фізичний стан [3]

В.В. Ніколаєвою (1976) схема внутрішньої картини хвороби була доповнена емоційним і мотиваційним компонентами, які диференціюють її опосередкований, психологічний бік. У її роботах виокремлюються 4 рівні суб'єктивної картини хвороби:

1) рівень безпосередньо чуттєвого відображення хвороби (обумовлені хворобою відчуття і стани);

2) емоційний (афективний) рівень (безпосередні емоційні реакції на обумовлені хворобою відчуття й емоційні реакції на наслідки хвороби у житті людини);

3) інтелектуальний (когнітивний) рівень (знання про хворобу, роздуми про її причини, можливі наслідки, раціональна оцінка захворювання). Це концепція хвороби, яку створює сам хворий;

4) мотиваційно-поведінковий рівень (виникнення нових мотивів і перебудова преморбідної мотиваційної структури, тобто тієї, яка була до хвороби, зміна поведінки і образу життя в умовах хвороби, дії, спрямовані на повернення здоров'я).

Патологічний процес в організмі двояко бере участь у побудові суб'єктивної картини хвороби. Ступінь участі біологічного радикалу в установці внутрішньої картини хвороби визначається важкістю клінічного прояву цієї хвороби. Окрім того, хвороба дещо змінює життєву ситуацію пацієнта, що включає в себе процедуру обстеження, спілкування з лікарями, нові відносини у сім'ї та на роботі, процедуру лікування. Все це формує суб'єктивну оцінку хвороби, робить її цілісною і структурованою картиною.

Новим методологічним інструментом вивчення психосоматичних розладів є синергетика – міждисциплінарна наука про розвиток і самоорганізацію. Синергетика – (від гр. *synergetikos* – сумісний, узгоджений, діючий), науковий напрямок, що вивчає зв'язки між елементами структури (підсистемами) [8].

Життєдіяльність людини як складної живої системи забезпечується на різних, але взаємозалежних між собою рівнях

функціонування. У цілому виділяють три досить специфічних рівні життєдіяльності: біологічний, психологічний і соціальний.

І на кожному з названих рівнів здоров'я людини має особливості свого прояву. Здоров'я на біологічному рівні припускає динамічну рівновагу функцій усіх внутрішніх органів та їхнє адекватне реагування на вплив навколишнього середовища. Якщо питання профілактики здоров'я, зміцнення захисних сил організму й лікування хвороб віддавна перебувають у полі зору традиційної медицини, то уявлення про сутність і шляхи забезпечення здоров'я, пов'язаного з психологічним рівнем, поки що не можуть бути визнані як задовільні.

Здоров'я на психологічному рівні так чи інакше пов'язане з особистісним контекстом, у рамках якого людина з'являється як психічне ціле. Основне завдання цього рівня – зрозуміти головне: що таке здорова особистість. За визначенням психіатра С.С. Корсакова, чим гармонійніше об'єднані всі істотні властивості, що складають особистість, тим більше вона стійка, урівноважена і здатна протидіяти впливам, що прагнуть порушити її цілісність. Благополуччя в психічному здоров'ї особистості може бути порушене домінуванням певних та негативних за своєю суттю рис характеру, дефектами в моральній сфері, неправильним вибором ціннісних орієнтацій тощо.

Здоров'я на соціальному рівні розуміється досить умовно, тому що психологічні властивості особистості просто не існують поза системою суспільних відносин, у яку вона включена.

Розробники системно-динамічної концепції, П.І. Сидорова та І.А. Новікова, в своїх роботах переконують, що для розвитку психосоматичного захворювання необхідні етапи соціо- психо- і патогенезу. Соматогенез передбачає розвиток систем і функцій організму; психогенез – розвиток психічних функцій; соціогенез – розвиток соціальних ролей і відношень. Модель передбачає мультидисциплінарний і інтегральний підхід до комплексних і складних причинно-наслідкових відносин.

Спочатку виникає напруженість і дисбаланс в багаторівневій системі соціуму, передусім стресор, специфічний для кожної особистості. Специфічність визначається тим, що стресовий фактор супроводжується «вітальним страхом», оскільки розпізнається як загроза благополуччю, пов'язаної зі збігом стресора із значимою

життєвою сферою, яка формується в ранньому дитинстві, в процесі соціалізації, і залежить від особливостей виховання дитини.

На думку авторів, їхня концепція враховує всі зовнішні і внутрішні фактори у виникненні психосоматичних захворювань. Психотерапевтичний підхід, що базується на цій концепції, дає можливість позитивного впливу на перебіг психосоматичних захворювань, оскільки спрямований на етіопатогенетичні механізми їх виникнення, відкриваючи нові можливості і перспективи під час допомоги хворим з психосоматичною патологією [7].

Висновки та перспективи подальших розвідок. Прогресуюча кількість випадків захворюваності психосоматичними недугами, невисока ефективність традиційного лікування, низька якість їхнього життя, а також необхідність впровадження високоефективних методик етіопатогенетичної психотерапії психосоматичних розладів диктує необхідність подальшого вирішення, передусім тих питань, що пов'язані з механізмами виникнення психосоматичних розладів, методами досліджень, а також наданням ефективної медичної, психологічної та соціальної допомоги.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ, КЛАССИЧЕСКИЕ ТЕОРИИ И СОВРЕМЕННЫЕ КОНЦЕПЦИИ.

*Близнюк А.И., кандидат медицинских наук, доцент кафедры
поликлинической терапии Белорусского государственного
медицинского университета, Минск*

Резюме. На основании классических теорий психосоматической медицины излагаются современные представления о причинах и механизмах развития психосоматических заболеваний и расстройств. Обсуждается роль личностных и семейных факторов, социальной дезадаптации. Рассматривается соотношение конверсионных и соматоформных расстройств. Подчеркивается значение психосоциальной дезадаптации и когнитивных нарушений в формировании психосоматической патологии.

Ключевые слова: психосоматические заболевания, соматоформные расстройства, алекситимия, дезадаптация, эмоциональный стресс, соматизация, аддиктивное поведение, психосоматогенная семья.

В глубокой древности корифеи медицины к лечению любого больного подходили с позиций единства души («психо-») и тела («сома-»). Гиппократ рассматривал болезнь как нарушение отношений между субъектом и миром. Именно ему принадлежит постулат о том, что лечить следует не болезнь, а больного и что врач обязан знать, исследовать и учитывать индивидуальные особенности пациента (его поведение, речь и даже... молчание). Выражаясь современным языком, можно сказать, что медицина в то время была «психо-социо-соматической».

Развитие естествознания и утверждение позитивистского мировоззрения способствовало усилению «соматической» составляющей медицины. Благодаря работам Л. Пастера и Р. Коха стало распространяться мнение, что в будущем все соматические и психические заболевания можно будет объяснять и лечить с помощью биохимии и физиологии. Даже Фрейд придерживался позитивистских воззрений, высказывая предположение, что его психологическая модель психических заболеваний лишь временная теория, которая

рано или поздно сменится биохимически-физиологической моделью. Однако через окуляр микроскопа Пастер видел мир как бы одним глазом, закрывая второй глаз, «ответственный» за понимание психических закономерностей. Сегодня этого недостаточно. Для понимания природы заболевания необходимо смотреть на явления не только «соматическим», но и «психическим» взором, а также подключать при этом и «третий глаз» – «ответственный», в данном контексте, за понимание социальных взаимодействий.

Появление термина «психосоматический», согласно литературе, относится к 1818 г. (Хайнрот), термина «соматопсихический» – к 1822 г. (Якоби). Но сами вопросы соотношения соматического (телесного) и психического (духовного) являются одними из древнейших в философии, психологии, медицине.

Парадигма психосоматической медицины постулирует холистический подход к пониманию соотношения болезни и организма; эндогенный характер основных психосоматических расстройств, вызванных психосоциальной дезадаптацией.

Известно более 300 различных концепций психосоматических заболеваний и расстройств. Среди них можно выделить психоаналитические концепции (Freud S., 1895; Alexander F., 1951), в которых конверсионная модель приписывает телесным нарушениям функцию символического выражения подавленных интрапсихических конфликтов; характерологически-ориентированные (Dunbar F., 1943; Friedman M., Rosenman R., 1960), ставящие своей задачей объяснение природы возникновения психосоматических заболеваний через характерологические, личностные особенности; психофизиологические (Wolff H., 1946; Lacey J., 1955), основанные на систематических психофизиологических проверках, объясняющих специфичность болезней; личностно-ориентированные (Ruesch J., 1948; Mitscherlich A., 1953; Schur M., 1955; Sifneos P., 1967), связанные с развитием личности человека и, в первую очередь, с защитными механизмами, зрелостью, регрессией личности, взаимодействием личности с внутренними факторами; гомеостатические (Sperling M., 1955; Engel G., 1962; Mahler M., 1965; Hofer M., 1984; Эйдемиллер Э.Г., Юстицкас В.В., 1999), исходящие из развиваемого в последние годы гомеостатического подхода в психологии, объединяющего теоретические построения self-психологии, теории психологии развития, психологии объектных

отношений, физиологии; нейрогуморальные теории (Cannon W., 1932; Selye H., 1953; Lazarus R., 1976), исходящие из того, что психосоматическая патология – это проявление общего неспецифического адаптационного синдрома, и объясняющие болезни нарушениями внутренней среды организма; физиологические, среди которых можно выделить кортико-висцеральную теорию К.М. Быкова и И.Т. Курцина. Кроме данных теорий можно ещё выделить комплексные, подчеркивающие сложность патогенеза психосоматических заболеваний и учитывающие как психологические факторы, так и соматические. Среди них концепции А.Б. Смулевича, Д.Н. Исаева и онтогенетическая концепция структурного аттрактора болезни Ананьева и др. (Сидоров П.И., Новикова И.А., 2010).

В 1935 г. вышла книга Данбар «Эмоции и соматические изменения», в которой автор стремилась показать связь между определенными личностными особенностями и характером телесного заболевания. С 1939 г. под ее редакцией стал издаваться журнал «Психосоматическая медицина». Обобщив 20-летний опыт работы психиатра в больнице общего профиля в книге «Психосоматический диагноз», Данбар изложила концепцию «профиля личности», считая, что эмоциональные реакции являются производными от личности больного, и это позволяет предполагать развитие определенных соматических заболеваний у конкретного пациента. Ею выделены коронарный, гипертонический, аллергический и склонный к повреждениям типы личности. Данбар так выразила свое отношение к психосоматическому подходу в медицине: «...прилагательное «психосоматический» указывает на концептуальный подход к человеческому организму со всеми его болезнями. Быть может, эта точка зрения более существенна для оценки одних заболеваний, нежели других, но, вообще говоря, не должно быть прежней дихотомии «психики» и «соматики». Психосоматический подход – стереоскопический, он содержит в себе и физиологическую, и психологическую технику. Он может быть применим ко всем болезням».

С начала 1940-х гг. вышел ряд книг под одним названием «Психосоматическая медицина». Холлидей сделал попытку очертить границу психосоматических синдромов и их взаимосвязи. Он считал, что психосоматическими заболеваниями следует обозначать лишь

такие, природа которых может быть понята только тогда, когда установлено несомненное влияние эмоционального фактора на физическое состояние. Он относил к ним нейродермит (L20.8), люмбаго (M54.5), мигрень (G43), хорею (I02), пептическую язву (K25), колиты (K51), гипертонию (I10), бронхиальную астму (F54), дисменорею (N94.4), экзему (L23), псориаз (L40), нейроциркуляторную астению (F45.3).

Наиболее заметной фигурой в психоаналитической трактовке психосоматической проблемы является Александер. Он приехал в США из Германии сложившимся психоаналитиком, в 1939 г. основал Чикагский психоаналитический институт, где положил начало первым систематическим исследованиям психосоматических взаимоотношений в психоаналитическом аспекте. Он изучал роль психических факторов в возникновении желудочнокишечных, дыхательных и сердечно-сосудистых расстройств. В 1934 г. Александер сформулировал принципы, которые легли в основу концепции специфичности.

1. Психические факторы, вызывающие соматические расстройства, имеют специфическую природу и включают определенное эмоциональное отношение пациента к окружению или к собственной личности.

2. Сознательные психологические процессы пациента играют подчиненную роль в причинах соматических симптомов, пока такие сознательные эмоции и тенденции могут быть свободно выражены. Подавление эмоций и потребностей вызывает хроническую дисфункцию внутренних органов.

3. Актуальные жизненные ситуации пациента обычно оказывают только ускоряющее воздействие на расстройства. Понимание причинных психологических факторов может основываться лишь на знании развития личности пациента, так как только оно может объяснить реакцию на острую травмирующую ситуацию.

В отличие от Данбар, Александер подчеркивал значение психодинамического конфликта как более важного в природе психосоматического расстройства, чем личностный профиль. По Александеру, три фактора важны в этиологии психосоматических расстройств: унаследованная или рано приобретенная органная или системная недостаточность, психологические паттерны конфликта и формируемая в раннем детстве защита, актуальные жизненные

ситуации.

Психоаналитическая трактовка психосоматических симптомов – это символизм и конверсия психологических проблем детского возраста. Существует две точки зрения на соматизацию:

а) соматизация может рассматриваться как слом механизмов психологической защиты, «прорыв психологической обороны»;

б) соматизация – это на самом деле результат действия именно механизмов защиты, но защиты несовершенной (то есть вытеснения, а не сублимации). Соматизация – аналог вытеснения, его проявление на телесном уровне.

Концепция алекситимии основана на клинических наблюдениях, установивших, что многие пациенты, страдающие классическими психосоматическими болезнями и характеризующиеся «инфантильной личностью», имеют трудности в вербальном символическом выражении эмоций. Термин «алекситимия» ввел Сифнеос в 1973 г. Алекситимия буквально обозначает: «без слов для чувств» (или в близком переводе – «нет слов для названия чувств»).

Алекситимия является психологической характеристикой, определяемой следующими когнитивно-аффективными особенностями: 1) трудностью в определении (идентификации) и описании собственных чувств; 2) трудностью в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями; 3) снижением способности к символизации, о чем свидетельствует бедность фантазии и других проявлений воображения; 4) фокусированием в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях.

Внимание исследователей в настоящее время привлечено к так называемому алекситимическому радикалу в структуре преморбидной личности, как одному из возможных психологических факторов риска психосоматических расстройств. Была выдвинута гипотеза, согласно которой ограниченность осознания эмоций и когнитивной переработки аффекта ведет к фокусированию на соматическом компоненте эмоционального возбуждения и его усилению. Этим, вероятно, и объясняется установленная рядом авторов тенденция алекситимических индивидов к развитию ипохондрических и соматических расстройств. Как показывает клинический опыт, у многих больных с психосоматическими нарушениями алекситимические проявления необратимы, несмотря

на длительную, интенсивную и искусную глубинную психотерапию. Такие больные остаются тотально неспособными на аффект и фантазию. Для них более приемлемой представляется модель дефицита. В соответствии с этой точкой зрения, имеет место не торможение, а отсутствие функций и лежащего в их основе ментального аппарата.

Внимание исследователей в настоящее время привлечено к так называемому алекситимическому радикалу в структуре преморбидной личности, как одному из возможных психологических факторов риска психосоматических расстройств. Была выдвинута гипотеза, согласно которой ограниченность осознания эмоций и когнитивной переработки аффекта ведет к фокусированию на соматическом компоненте эмоционального возбуждения и его усилению. Этим, вероятно, и объясняется установленная рядом авторов тенденция алекситимических индивидов к развитию ипохондрических и соматических расстройств. Как показывает клинический опыт, у многих больных с психосоматическими нарушениями алекситимические проявления необратимы, несмотря на длительную, интенсивную и искусную глубинную психотерапию. Такие больные остаются тотально неспособными на аффект и фантазию. Для них более приемлемой представляется модель дефицита. В соответствии с этой точкой зрения, имеет место не торможение, а отсутствие функций и лежащего в их основе ментального аппарата. проблем адаптации человека целесообразно выделить три функциональных уровня: физиологический, психический и социальный. Решающую роль в процессе поддержания адекватных отношений в системе «индивидуум – среда», в ходе которого могут изменяться все параметры системы, играет психическая адаптация.

Психологический смысл адаптации или ее полезность для социализирующегося субъекта может заключаться в избавлении от чувства страха, одиночества или в сокращении сроков социального научения (обучения), когда, опираясь на общественный или групповой опыт, человек избавляется от необходимости проб и ошибок, сразу выбирая более подходящую программу поведения. Эффективность психической адаптации напрямую зависит от организации микросоциального взаимодействия. При конфликтных ситуациях в семейной или производственной сфере, затруднениях в

построении неформального общения нарушения физической (биологической) адаптации отмечались значительно чаще, чем при эффективном социальном взаимодействии. Также с адаптацией напрямую связан анализ факторов определенной среды или окружения, оценка личностных качеств окружающих как привлекательных в подавляющем большинстве случаев сочеталась с эффективной психической адаптацией, а оценка таких же качеств как отталкивающих – с ее нарушениями.

Психосоматические расстройства имеют высокую распространенность среди населения, и особенно в высокоразвитых странах. Частота психосоматических расстройств колеблется от 15 до 60% среди населения, а среди пациентов первичной практики – от 30 до 70%. Статистика показывает, что 1/3 больных, получающих медицинскую помощь, первично страдают от эмоциональных расстройств. Среди контингента многопрофильных больниц психосоматические расстройства были выявлены в 53,6% случаев (Сидоров П.И., Новикова И.А., 2010). В последние 25–30 лет отмечается резкое увеличение численности больных с психосоматической патологией. Это касается, прежде всего, заболеваний желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, хронических неспецифических болезней и эндокринных расстройств. Общее число собственно психосоматических заболеваний среди населения трудоспособного возраста колеблется в пределах 50–70%. Так, распространенность артериальной гипертензии составляет 30–40% , ишемической болезни сердца – 5–10%, язвенной болезни – 6–10%, сахарного диабета – 5–7%, бронхиальной астмы – 1–5%, ревматоидного артрита – 1%.

Что мы понимаем под терминами здоровье, функциональное расстройство, болезнь?

По нашему мнению, здоровье – это жизнеспособность индивида, определяемая биологической устойчивостью, адекватной самооценкой, экологической и социальной адаптированностью, моральной осознанностью и целевой осмысленностью жизни. Здоровье выражается разносторонней адаптацией, зрелостью и конгруэнтностью личности. Здоровым может стать только образованный, воспитанный, физически крепкий и морально устойчивый человек. Наличие здоровья предполагает свободу от телесного страдания, душевных волнений и моральной порочности, а

также объективное мировосприятие, адекватную самооценку и реальные претензии.

Функциональное расстройство – это нарушение скоординированной, адаптивной работы морфо-функциональных систем организма, обусловленное неадекватной регуляцией. Болезнь – это морфологические нарушения (дефекты) органов и систем, обусловленные воздействием внешних факторов или патологией внутренних биохимических процессов, приводящие к функциональной недостаточности и ограничению жизнедеятельности индивида. Болезнь – это дефицитарность (неполноценность) здоровья.

Какие заболевания можно считать психосоматическими? Строго говоря, в развитии практически всех заболеваний участвуют психогенные компоненты. Эмоциональные переживания оказывают воздействие на морфологические структуры через вегетативную нервную систему, гормональную и иммунную системы. Поскольку эти регуляторные системы тесно взаимосвязаны на уровне молекулярного взаимодействия, то можно говорить о единой нейро-эндокрино-иммунной суперсистеме, определяющей морфофункциональное состояние всех систем организма и его состояние. В соответствии с кибернетическим принципом обратной связи, соматические изменения и повреждения в свою очередь влияют на психическое состояние. Следовательно, если заболевание, имеющее соматическую, т. е. физическую, органическую природу, вторично вызывает патологические психические реакции, его можно назвать «соматопсихическим». Если изначально психические причины вторично ведут к физическим нарушениям, то такие заболевания называют «психосоматическими».

Уровни психического отражения соматической болезни в психике заболевшего (по В.В. Николаевой, 1987):

1-й уровень – ощущений (чувственный), отрицательные перцептивные переживания в связи с болезнью, медицинскими процедурами;

2-й уровень – эмоциональный, аффективные реакции на симптомы, заболевание в целом и его последствия;

3-й уровень – интеллектуальный, представления, знания больного о своем заболевании, его тяжести, причинах и возможных последствиях;

4-й уровень – мотивационный, изменения поведения и образа жизни в условиях болезни, деятельность по восстановлению здоровья.

В клинике внутренних болезней чаще остальных встречаются астенический, фобический и депрессивный синдромы. Депрессивный синдром может проявляться под видом соматических страданий: пациентов с признаками маскированной депрессии среди обращающихся к терапевтам – от 12 до 15%. Довольно часто при соматических заболеваниях отмечаются психогенные (невротические) реакции преимущественно неврастенической, истерической и обсессивно-фобической симптоматики.

Хроническую психосоматическую патологию можно разделить на:

- соматоформные расстройства;
- психосоматические заболевания органов и систем;
- нарушения поведения с соматическими последствиями.

Соматоформные расстройства – это психогенные функциональные нарушения органов, при которых не наблюдается каких бы то ни было морфологических или структурных нарушений этих органов. Например, тахикардия при нейроциркуляторной астении может приносить трудно переносимые страдания и вызывать страх, особенно когда «сердце готово вырваться из груди», хотя заметных изменений в структуре сердца не выявляется. Однако если подобное состояние продолжается в течение длительного времени, то могут развиваться вторичные морфологические изменения органа.

В течение последнего столетия клиницисты отмечают патоморфоз (видоизменение клинической картины) психогенных состояний за счет редукции конверсионных расстройств в двигательной сфере. Это дало основания в 1960-х годах ряду зарубежных исследователей утверждать, что текущий период в психиатрии характеризуется «концом истеричности» и переходом в «шизофреничность» и «ипохондричность». Констатировалась редукция клинических признаков «большой» истерии с проявлениями в области произвольной регуляции – грубых конверсионных симптомов (припадков, параличей, парезов и других физических проявлений) и преобладании соматоформных и аффективных (главным образом депрессивных и субдепрессивных расстройств).

Более мягкие формы истерии, проявляющиеся необоснованными соматическими жалобами, были по феноменологическому принципу отделены от конверсионных расстройств и по этическим соображениям переименованы в соматизированное расстройство. Однако является вполне обоснованным рассматривать данные нарушения как проявление единого конверсионного механизма симптомообразования. Разница между соматоформными и конверсионными (в современном понимании) расстройствами состоит лишь в направленности (интенции) бессознательных телесных представлений, формирующих в первом случае функциональные соматические жалобы, а во втором – функциональные моторные нарушения. Вместе с тем, представляется очевидной общность механизмов симптомообразования. В их основе лежит единый бессознательный защитный механизм «бегства в болезнь», что представляет собой социально приемлемый механизм адаптации, поскольку снимает с пациента часть социальных обязательств и удовлетворяет его потребность во внимании и поддержке со стороны окружающих. Можно предположить, что функциональные соматические жалобы в рамках истерических расстройств должны отличаться, по крайней мере, тремя особенностями: непостоянством, изменчивостью; неопределенной, мигрирующей локализацией (проекцией не в соответствии с законами иннервации, а в соответствии с обыденными представлениями конкретного пациента); драматизацией (поведением, свидетельствующим о наличии «соматического страдания»). Все указанные особенности полностью соответствуют критериям соматизированного расстройства (F 45.0 в МКБ-10).

Следовательно, в формировании соматоформной симптоматики основное значение имеют конверсионные расстройства, ипохондрическая фиксация, эйдетические чувственные представления. При ипохондрии и конверсионных расстройствах имеется элемент личностной активности в формировании направленности внимания и сконструированных пациентом телесных представлений. Привязанность к состоянию внутренних органов (области interoцептивной чувствительности), очевидно, объясняется тем, что от их деятельности зависит непосредственное жизнеобеспечение организма, т.е. жизнь и они занимают центральное место в структуре «соматопсихики». Эйдетические чувственные

представления проецируются преимущественно в опорно-двигательную сферу (область проприоцептивной чувствительности).

Таким образом, конверсионные нарушения оказались в значительной мере «вытесненными» из сферы внешней телесности в сферу телесности внутренней. Связано это, по-видимому, в первую очередь, с развитием социальных отношений, поскольку грубые конверсионные нарушения (припадки, параличи, парезы и проч.) в настоящее время являются социально ненормативными. Подобное «приспособление» конверсионных расстройств к существующей культурной парадигме в общем подтверждает психодинамическую трактовку этих расстройств как носящих в значительной степени коммуникативный характер (пациент исполняет роль больного с соматическим заболеванием, который в символах-симптомах сообщает окружающим о своем эмоциональном дискомфорте).

О психосоматических заболеваниях можно говорить, когда появляются органические изменения в больном органе, не связанные с внешним патогенным физическим, химическим или биологическим воздействием. Психический фактор, не всегда очевидный как для пациента, так и для врача, является пусковым и формирующим патогенетические механизмы, вызывающие гистоморфологические повреждения тканей и органов. Выбор органа-мишени определяют генетические, соматические и социальные факторы. В связи с этим можно говорить о мультифакторной этиологии заболевания. Среди множества психосоматических заболеваний традиционно выделяют наиболее исследованную группу из так называемых «семи священных коров» психосоматики: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, неспецифический язвенный колит, бронхиальная астма, тиреотоксикоз (Базедова болезнь), эссенциальная гипертензия, ревматоидный артрит, нейродермит. Современное лечение указанных болезней ограничивается органоспецифической фармакотерапией.

Соматическая как функциональная, так и органная патология может развиваться вследствие нарушения адекватного физиологического поведения (пищевого, полового, двигательного), обусловленного патологией характера, психологическими проблемами, психическими расстройствами. Нарушение пищевого поведения (например, булимия) ведет к развитию ожирения, метаболического синдрома, дислипидемии,

атеросклероза, стеатоза печени, поджелудочной железы, сахарного диабета 2-го типа, подагры и др.

Расстройство соматического здоровья часто связано с аддиктивным (зависимым) поведением – одной из форм девиантного (отклоняющегося от адаптивного) поведения, проявляющееся стремлением к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема психоактивных веществ или постоянной фиксации внимания на определенных видах деятельности, сопровождающихся интенсивными эмоциями.

Основные формы аддикции:

– «бегство в тело» – это культ здоровья, культ отдыха, увлечение сексуальными контактами;

– «бегство в работу» – дисгармоничная фиксация на служебных делах, «трудоголики»;

– «бегство в контакты» – общение становится единственной потребностью, друзья смыслом жизни, групповые интересы (эмансипация, оппозиционирование) основным занятием;

– «бегство в фантазии» – интерес к псевдофилософским исканиям, миру иллюзий и фантазий, фанатизм (музыкальный, спортивный, религиозный);

– азартные игры; – увлечение веществами, вызывающими состояние измененной психической деятельности (алкоголь, наркотики, табакокурение);

– неэстетичное, безнравственное, протестное поведение (нарочито безобразные формы одежды, прически; пирсинг, татуировки);

– агрессивное и аутоагрессивное (суицидальное) поведение.

Цель аддикции – доступный уход от тоскливой и серой, с точки зрения индивида, реальной жизни (от англ. addiction – предаваться чему-либо, пагубная склонность к чему-либо). В. Segal описывает следующие психологические особенности лиц с аддиктивными формами поведения: скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством, сниженная способность переносить трудности повседневной жизни, внешняя социабельность при неспособности к стойким эмоциональным контактам, стремление говорить неправду, обвинять других, уходить от ответственности, тревожность, зависимость. Предопределенность судьбы является раздражающим моментом аддиктивной личности. В

кризисных ситуациях такие люди чувствуют себя уверенней, испытывают превосходство над другими. В реальной действительности им не удастся найти сферы деятельности, способные надолго привлечь их внимание, увлечь, вызвать положительную эмоциональную реакцию.

Аддиктивное поведение компенсирует социальную депривацию, восполняет недостаток положительных эмоций, удовольствий, создает ощущение и видимость настоящей жизни. Являясь формой патологической адаптации в социуме, оно повышает самомнение и самоуважение личности, обращает внимание близкого окружения, создает положительные или отрицательные эмоции. Получая все большее распространение и признание обществом (как права индивида на самовыражение), аддиктивное поведение деформирует социальную культуру и нравственность, поощряет извращенный индивидуализм в угоду рыночной экономике. Повторение всевозможных политических, социальных, экономических и других кризисов провоцирует аддикции, способствуют естественному отбору лиц с аддиктивным поведением, подготавливая признание данного феномена вследствие массовости и распространенности как варианта социально приемлемой нормы, личностно предпочитаемого стиля или образа жизни. Создается атмосфера, провоцирующая и побуждающая аддиктивное поведение, которое склонно к социальному усилению и наследованию. провоцирующая и побуждающая аддиктивное поведение, которое склонно к социальному усилению и наследованию.

Аддиктивное поведение как вариант девиантного приводит к ослаблению и распаду естественных социальных связей (семейных, производственных, бытовых), снижению культуры быта и производства, жизнеспособности и пассионарности нации. Морально страдают дети и старики. Угасает любовь как чувство глубокой вовлеченности, устойчивой привязанности и бескорыстности. Уходит доброта как готовность к принятию, пониманию, сочувствию, поддержке другого человека. Формируются эгоизм, расчетливость, корыстолюбие, равнодушие к боли и страданиям других. Затем, на уровне подсознания, появляется удовольствие от созерцания мучений жертв насилия как в кино, так и в жизни.

Исходный фактор формирования психосоматических расстройств – дисфункциональная семья, так как основная часть

социализации с момента рождения у человека происходит в семье. И нарушения семейных взаимоотношений, распределения ролей могут способствовать формированию данной патологии. Ведущая роль на ранних этапах развития принадлежит матери, которая формирует у ребенка язык тела. Психосоматическая мать описывается как авторитарная, сверхвключенная, доминирующая, открыто тревожная и латентно враждебная, требовательная и навязчивая. К качествам таких матерей можно отнести высокую личностную тревожность и внутреннюю конфликтность.

Выделяют следующие характеристики психосоматогенных семей: 1) сверхвключенность родителей в жизненные проблемы ребенка, которая мешает развитию самостоятельности, следовательно, защитные механизмы более слабые и способствуют развитию внутреннего конфликта; 2) сверхчувствительность каждого члена семьи к дистрессам другого; 3) низкая способность менять правила взаимодействия при меняющихся обстоятельствах, взаимоотношения в семье ригидные; 4) тенденция избегать выражения несогласия и открытого обсуждения конфликтов; риск возникновения внутренних конфликтов; 5) ребенок и его заболевание часто играют роль стабилизатора в скрытом супружеском конфликте. В психосоматогенной семье не поощряется свободное выражение чувств и отреагирование отрицательных эмоций, вследствие чего ребенок присваивает стереотипы подавления отрицательных эмоций, что приводит к их соматизации. Психосоматогенным семьям свойственна бедность психологического языка и склонность отрицать наличие психологических проблем.

В дальнейшем легко развивается социальная дезадаптация, которая характеризуется нарушением в социальных отношениях во всех сферах жизни. Воспитанная в такой семье личность из-за сформированных стереотипов поведения не имеет полноценных психосоциальных ресурсов для продуктивной самореализации в учебной и трудовой деятельности, коммуникативной среде и семейных отношениях. Именно поэтому компенсаторным механизмом становится развитие психосоматического заболевания.

Предрасполагают к развитию соматизации инфантильные особенности личности – пассивность, сдерживаемая агрессивность, завышенный уровень притязаний в сочетании с зависимостью и ипохондрическим стилем реагирования. Болезнь становится

закономерным результатом последовательного культивирования так называемых задержанных эмоций и может тем самым рассматриваться как плата современного цивилизованного человека за умение властвовать собой.

Учитывая изложенное, развитие психосоматической патологии схематически можно представить следующим образом. Расстройство социальной и экологической адаптации индивида (психологическая инфантильность, антропопаз, мутагенное давление) проявляется эмоциональным дистрессом (высокий уровень тревожности, ларвированная депрессия), вызывает когнитивные нарушения с развитием токсических эмоций, внешней защитной агрессивности, блокирование которой страхом социального наказания ведет к самоповреждению через гиперактивацию вегетативной нервной системы. Психовегетативные расстройства сопровождаются внутренним межсистемным десинхронизмом и проявляются соматоформными расстройствами. Трофические повреждения через симпатическую нервную систему и запуск иммунной аутоагрессии формируют органическую соматическую патологию.

Таким образом, развитие понимания психосоматической патологии происходило от создания однолинейной модели к системным, учитывающим взаимодействие множества физиологических, психологических и социальных факторов. Можно отметить, что ни одна из разработанных ранее теорий не позволяет исчерпывающе объяснить все звенья в развитии психосоматических нарушений. В связи с этим необходима разработка новых концепций психосоматики. Однако парадигма психосоматической медицины позволяет лучше понимать причины роста психосоматических заболеваний и расстройств и на сегодняшний день может служить надежной основой для разработки методик эффективной профилактики растущей заболеваемости населения.

КЛАССИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Д.И. Шустов, С.А. Шустова

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова

Психосоматическая медицина. Определение понятий Психосоматическая медицина представляет собой современную, хотя и не новую концепцию, общую ориентировку здравоохранения в целом. Она учитывает комплексные соматопсихосоциальные взаимодействия при возникновении, течении и, в особенности, при терапии заболеваний [6]. Известно, что чувства и переживания человека отражаются на физическом состоянии его организма и могут выражаться не только в телесных, но и душевных страданиях. Платон считал, что «всякое расстройство психики или сомы является следствием диспропорции и нарушения равновесия между тем и другим» [8]. Развитие патологических исследований, уточнивших механизмы развития соматических заболеваний, создало возможность изучить влияние психологических факторов на возникновение и течение болезней.

Термин «психосоматика» впервые ввел в обиход немецкий врач Heinroth в 1818 г. при описании причин бессонницы, а термин «соматопсихика» связан с именем Jacobi, предложившем его в 1828 г. эти термины отражали противоположные взгляды на этиологию заболеваний.

В настоящее время принято различать *психосоматические реакции* (сердцебиение влюбленного, головокружение после пережитого несчастного случая или потеря аппетита при печали) и психосоматические нарушения, к которым относятся три группы клинических феноменов:

- *конверсионные симптомы* (истерические параличи, глухота, слепота, рвота, болевые ощущения), имеющие символическое значение и расцениваемые как попытку решения конфликта;
- *функциональные синдромы* (органные неврозы), когда речь идет о функциональных нарушениях органов или систем органов, при этом морфологические признаки отсутствуют, а симптомы не имеют символического значения, а скорее сопровождают сильные эмоции;

- *психосоматические болезни (психосоматозы)*, в основе которых лежит первично телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологически устанавливаемыми изменениями и патологическими нарушениями в органах.

Основные концепции психосоматики

В начале XIX века Зигмунд Фрейд ввел понятие конверсии или перенесения на соматический орган психического конфликта [11]. В настоящее время конверсионную симптоматику рассматривают как попытку решения конфликта патологическим способом (непроизвольное падение и перелом ноги при страхе нежелательной встречи).

Исследования И.П. Павлова, применившего понятие условного рефлекса, доказали возможность развития экспериментального невроза у животного при применении двух антагонистических раздражителей [6]. Подопытные животные демонстрировали поведенческие и вегетативные нарушения вплоть до необратимых органических поражений (гипертония, инфаркт миокарда).

Кеннон доказал, что определенные аффекты вызывают определенные вегетативные сдвиги [4]. Он соединил в реакции на экстремальную ситуацию эмоциональное переживание с соматическими сопровождающими реакциями.

Ганс Селье (1946,1959) ввел концепцию «стресса» и обосновал, каким образом сильные эмоции переживания через гуморальные посредники вызывают необратимые морфологические изменения во внутренних органах [10]. Более поздние исследования стрессовых событий в жизни человека Холмсом и Райх [12] – авторами широко известной «шкалы психологического стресса» – показали нарастание стрессовых событий перед манифестацией соматического заболевания.

Исследования Франца Александера (1891-1964) – «отца психосоматической медицины», позволили ввести понятие специфичности конфликта. Александер доказал, что каждый специфический внутриличностный конфликт ответственен за определенный (специфический) физиологический набор реакций, позднее выливающийся в то или иное психосоматическое заболевание [1]. Сотрудница Александера Фландерс Данбар (цит. по Николаева В.В., 1987) выявила корреляцию между соматическими типами реакций и постоянными личностными параметрами. Она описала

“язвенную”, “коронарную”, “артритическую личности”, а также установила общие особенности, присущие личности абстрактного психосоматического больного. Эти особенности, по ее мнению, выражались в инфантильности, сильной способности к фантазированию, в недостаточной эмоциональной включенности в ситуацию; психосоматические больные, зачастую, не способны описать тонкие нюансы своих чувств и часто вообще не находят слов для самовыражения, предпочитая выражаться через продукцию соматических симптомов.

Данбар предвосхитила работы Сифнеоса (Sifneos, 1973) об алекситимии (лат. *legere* – читать; *thymos* – чувство) или неспособности психосоматического больного к эмоциональному резонансу. Алекситимия ведет свое происхождение из семейной среды, в которой было запрещено выражать свои истинные чувства относительно реальности. Клинически это выглядит как если бы пациент не находил слов для выражения своих чувств. В этой связи существенным представляется, чтобы сам врач не страдал алекситимией, если он собирается лечить психосоматических больных [7].

Согласно «теории потери объекта» Фрейбергера (1976), переживания личностью потери значимого объекта (близких или профессии) часто встречаются в начале психосоматических заболеваний. При этом больные регрессируют к детскому возрасту, зависимости, депрессивному реагированию и соматическим нарушениям. Шур (Schur (1897-1969) выдвинул похожую идею «десоматизации– ресоматизации». Он полагал, что «Я» маленького ребенка по мере взросления и созревания психических функций все меньше использует телесную энергию, научаясь контролировать инстинкты и эмоции (десоматизация), то есть выражать их словами и психической экспрессией, но не телесными феноменами. В процессе десоматизации растущий индивид становится все более независимым от вегетативных процессов для поддержания своего гомеостаза. Если же имеется некая гипотетическая слабость или лабильность «Я», то в стрессовых обстоятельствах может произойти регресс (ресоматизация), когда человек, в данном случае психосоматический больной выражает горе, страх, гнев или печаль больше через телесные интенции, нежели психологическим образом.

Клиника психосоматических заболеваний: общие закономерности и различия

Согласно Александер и Селесник [2] всякая психосоматическая болезнь является результатом патологического взаимодействия трех факторов:

- специфического психологического конфликта (особенности воспитания в раннем возрасте
 - особенности отнятия от груди, приучения к туалету, укладывания спать; переживание эмоционально-травмирующего опыта в детстве или младенчестве и др.);
- особой конституциональной предрасположенности того или иного органа (конституция или “место наименьшего сопротивления” или наследственный фактор);
- запускающего фактора, под которым Александер понимал стрессор, запускающий основной конфликт (например, недавние телесные повреждения или недавние эмоциональные переживания, связанные с интимными, личными и профессиональными отношениями).

Ниже мы приведем примеры взаимоотношений некоторых известных психосоматических заболеваний, психологического конфликта и особенностей личности пациентов [3].

При ишемической болезни сердца часто диагностируется так называемый агрессивно-компульсивный тип личности или «личность типа А». Представители этого типа склонны к соперничеству, ощущению собственной малоценности, скрытой враждебности к близким и “болезненной спешке”.

При гипертонической болезни на фоне «семейного» запрета выражать гнев, пациенты ипохондричны и склонны к накоплению ярости, усиливающей адренергическую медиацию.

Сильная бессознательная потребность в защите и ласке со стороны матери или лица, заменяющего мать, на фоне характерного повышения потребности в зависимости описаны у больных бронхиальной астмой.

При язвенной болезни наблюдается хроническая фрустрация (неудовлетворенность) выраженной потребности в зависимости, что в свою очередь вызывает регрессивный голод или гнев. Эта реакция проявляется физиологически устойчивой гиперактивностью вагуса и гиперсекрецией желудочного сока.

Внутриличностный психологический конфликт при язвенном колите выражается в неспособности выполнить обязательства по отношению к ключевой фигуре своей зависимости. Это заболевание чаще встречается у людей с обсессивно-компульсивными личностными чертами, такими как опрятность, пунктуальность, гиперинтеллектуальность, застенчивость и неспособность к бурному проявлению реакций гнева.

Ожирение зачастую связывают с оральной фиксацией (повышенная значимость области рта) на фоне регрессии к детскому возрасту, плохих условий питания в детстве.

У больных тиреотоксикозом психоаналитические находки лежат в области страха быть покинутым матерью, лишенным любви на фоне необыкновенной привязанности к матери и зависимости от нее. Пациентам свойственно постоянное стремление к преждевременному самоутверждению и доминированию над другими в ущерб развитию внимания и чувств.

Много психоаналитических исследований посвящены онкологии. Брошенность и лишение эмоциональной поддержки в детстве отмечены многими авторами. Супруги Саймонтоны [13], психотерапевты, работавшие с онкологическими пациентами, находили у них значительно более развитую тенденцию затаивать обиды и неспособность их прощать, чувство жалости к себе, слабую способность устанавливать и поддерживать значимые долговременные отношения, слаборазвитый образ “Я”. Согласно другим данным, раковый больной – это человек, который не способен выражать свой гнев, особенно в целях самозащиты, ощущающий свою неполноценность и не нравящийся самому себе, испытывающий напряженность в отношении с одним из родителей, переживающий тяжелую эмоциональную потерю, на которую он реагирует чувством беспомощности и безнадежности, подавленности и стремлением к изоляции [9].

Принципы терапии психосоматических больных

Терапия психосоматического пациента должна быть адресована ко всем трем звеньям этиопатогенеза болезни, то есть должна быть направлена на (1) устранение стрессового фактора, (2) терапию морфологических изменений внутренних органов и (3) психотерапию внутриличностного конфликта. Лечение должно быть комплексным.

1. Методы влияния на стрессовую ситуацию могут быть осуществлены как врачами-интернистами, так и психотерапевтами и клиническими психологами. Часть описанных ниже методов требует специальных знаний и опыта, например, осуществление кризисного антисуицидного вмешательства или дебрифинг после тяжелой психической травмы. Часть методов «охранительной медицины» по И.П. Павлову вполне доступны даже простому административному регулированию.

К методам первой группы относятся: - ограничение или устранение действия стрессора; - седативная и транквилизирующая лекарственная терапия;

- лечение сном и отдыхом;

- психотерапевтические методики релаксации (гипнотерапия, аутогенная тренировка по Шульцу, медитативные техники); - эмоциональная психотерапия, направленная на выражение подавленных эмоций, в основном гнева;

- психотерапия утраты (потери);

- кризисное вмешательство (если стресс сопровождался суицидальными тенденциями).

2. Терапия морфологических изменений внутренних органов. Имеется в виду физио- и фармакотерапия основного заболевания терапевтами и некоторые специфические виды психотерапии (например, визуализация при онкологических заболеваниях или «регуляция» сосудистого тонуса в гипнотическом состоянии).

3. Психотерапия внутриличностного конфликта – наиболее сложная и длительная часть терапии психосоматических заболеваний, которая осуществляется психотерапевтами лично-ориентированного и психоаналитического направлений.

Цель подобного вида психотерапии – изменение личностной структуры, то есть тех глубинных, зачастую ранних, детских установок и решений относительно своей судьбы.

При этом в психотерапию приглашается и семья пациента (различные варианты семейной психотерапии). Рекомендуется проведение и групповой психотерапии.

Многие представители психосоматической медицины считают, что успех лечения психосоматического больного возможен при участии семейного врача, обладающего знаниями и навыками лечения внутренних заболеваний, пониманием семейной динамики и

способностями и знаниями психотерапевта. Причем особенно ценно профилактическое влияние врача на детей с повышенным риском внутри семьи. Представляется, что такое психологическое ведение и руководство в рамках семьи станет насущнейшей медицинской задачей будущего [7].

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Д. Д. Бекоева

В статье с позиций разных психологических теорий обсуждается проблема особенностей и методов психосоматического исследования; классифицируются, в зависимости от теоретических объяснительных схем, модели психосоматических заболеваний.

Ключевые слова: психосоматическое исследование, особенности психосоматического исследования, методы психосоматического исследования.

Под психосоматическим исследованием понимается изучение функционального состояния личности в соматической клинике, вызванное влиянием психологических факторов на возникновение различных соматических заболеваний (заболеваний сердца, бронхов, язвенной болезни 12-перстной кишки, язвенного колита, нейродермита, полиартрита). Психологические факторы играют роль и при других заболеваниях: мигренях, злокачественных новообразованиях и др., влияя на динамику психических и поведенческих стереотипов личности.

Психосоматическое исследование направлено на выявление связи между психологическими показателями переживаний, поведением личности и соматическими процессами. Также важным является анализ взаимоотношений больного с другими людьми, с родными, с лечащими врачами. Основой психосоматического исследования является клиническое наблюдение за личностью, беседа о его переживаниях, рассказы об истории жизни, карьере, общественном положении. Наряду с этим в психосоматическом исследовании используется психотерапевтическое консультирование, психоанализ, толкование сновидений, метод свободных ассоциаций, отношение к внешнему миру в процессе заболевания.

Психосоматические методы традиционно разделяют на индивидуально-диагностические и индивидуально-терапевтические. Индивидуально-диагностические методы позволяют на примере отдельных случаев, опираясь на прецеденты, делать осторожные обобщения и предположения по патогенезу и терапии того или иного

психосоматического заболевания, а в дальнейшем проверять их на большем количестве случаев и сравнивать. Психоаналитический подход позволяет интерпретировать сведения об условиях возникновения болезни, терапевтическом эффекте или верификации. Индивидуально-терапевтические подходы предполагают, что динамика заболевания всегда индивидуальна, имеет неповторимый характер у каждого пациента с таким же заболеванием, у каждой личности в силу ее индивидуально-своеобразных свойств и реактивности. Поэтому дополнительные исследования требуют статистических подтверждений выявленных закономерностей, связанных с разной частотой проявления признаков у разных пациентов или групп пациентов, или связи двух и более признаков у них. Чем больше число наблюдений, тем статистически более достоверные данные характеризуют психосоматическую картину.

Принято считать, что термин «психосоматика» впервые был использован в 1818 г. немецким врачом-психиатром Иоганном-Христианом Гейнротом, хотя связь психических процессов с соматическими проявлениями изучалась в течение многих веков со времен Гиппократ и Аристотеля. Как общепринятый медицинский и психологический термин «психосоматика» в XX веке стала использоваться благодаря работам венских психоаналитиков, Фландерса Данбара и Франца Александра. А к 1950 году произошел этап институционализации психосоматических исследований, создано Американское психосоматическое общество, стал издаваться журнал «Психосоматическая медицина». В 1960–1970 гг. институционализируются психосоматические исследования в нашей стране благодаря значительному вкладу в развитие отечественной психосоматики Ф.В. Бассина и Б.Д. Карвасарского, открытию кабинетов психосоматики, подготовке кадров специалистов по психосоматике.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в настоящее время 42% пациентов, посещающих кабинеты психосоматики, относятся к группе психосоматических больных, причины заболеваний которых объясняются многообразными причинами. Поэтому при оказании психотерапевтической помощи таким больным используются разнообразные методы и психотехники, позволяющие работать с человеком комплексно.

Для современного мира характерно увеличение

психологических нагрузок и напряженности социальных отношений, от которых нет программ генетической защиты. Это приводит к усложнению жизни человека, т.к. приспособление к среде зависит от его психических возможностей во много раз больше, чем от силы его мышц или скорости бега. Особенно опасным фактором заболеваний становится слово. Эмоции, прежде направленные на мобилизацию сил организма, на его защиту, теперь подавляются, либо требуют встраивания в социальный контекст ситуации, либо вовсе извращаются.

Судя по литературе, психосоматика – междисциплинарное научное направление, которое является медицинской областью знаний и служит лечению заболеваний; становится предметом физиологии и исследует влияние эмоций на физиологические функции; как отрасль психологии исследует поведенческие реакции, связанные с болезнью; определяет способы изменения деструктивных способов эмоционального реагирования; как социальная область науки выявляет связь психосоматических расстройств с культурными традициями.

По представлениям современных авторов к психосоматическим заболеваниям и расстройствам относят следующие проявления.

1. Конверсионные симптомы, затрагивающие в большей части произвольную моторику и органы чувств. Примерами являются истерические параличи и парестезии, психогенная слепота, глухота, рвота, болевые феномены, вызванные чаще всего невротическим конфликтом, который имеет соматическую форму проявления.

2. Функциональные синдромы, характерные для проблемных пациентов, приходящих с пестрой картиной неопределенных жалоб, касающихся сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, двигательной сферы, органов дыхания или мочеполовой системы. Ф. Александр описал эти симптомы как сопровождающие эмоциональное напряжение и обозначил их как органические неврозы.

3. Психосоматозы, в основе которых первично телесная реакция на конфликтное переживание, связанное с установленными патологическими нарушениями в органах, «с истинными психосоматическими болезнями», к которым традиционно относят 7 болезней: бронхиальную астму, язвенный колит, эссенциальную гипертонию, нейродермит, ревматический артрит, язву двенадцатиперстной кишки, гипертиреоз. Некоторые авторы

добавляют сюда рак, инфекционные болезни, другие заболевания.

Причины психосоматических расстройств чрезвычайно сложны и определяются целым рядом факторов: неспецифической наследственной отягощенностью соматическими дефектами; врожденным предрасположением к психосоматическим расстройствам; нарушениями деятельности высшей нервной деятельности; психическим состоянием и физическим утомлением во время или после психотравмирующих ситуаций; неблагоприятным фоном внутрисемейных или иных социальных факторов (например, потерей работы, статуса, роли).

Модели психосоматических заболеваний классифицируются в зависимости от теоретических объяснительных схем, касающихся факторов возникновения симптомов и используемых методов. К наиболее известным относятся следующие.

Характерологические теории личности. Гуморальная теория Гиппократ и Галена о видах темперамента – меланхолика, холерика, сангвиника и флегматика и их влиянии на склонность к тем или иным соматическим заболеваниям. Конституционные теории Эрнста Кречмера и Уильяма Шелдона, Флендерса Данбара, выявивших связь конституции человека и склонности к соматическим проблемам. В современной психосоматике этот подход приобрел большое значение в исследованиях типологии «личностей риска» (так называемого поведения типа А, лиц с угрозой развития инфаркта миокарда).

Психоаналитические теории. Теория З. Фрейда, ставшая объяснительной моделью для конверсионных симптомов заболевания, вызванных ущемленными эмоциями, вытесненными из сознания социально неприемлемыми инстинктами (агрессии и сексуальности), теории де- и ресоматизации Шура, концепция потери объекта Фрайбергера, теория двухфазной защиты и вытеснения Митчерлиха и др., теория психосоматического конфликта Александра.

Особенностью этих теорий была опора на дифференцированные психологические конструкции при использовании методов лечения психосоматических заболеваний. Соматику предлагалось лечить на психологическом уровне, опираясь на методы конверсии, регрессии, ресоматизации. Впервые Ф. Александр ставит проблему психосоматики шире, предлагая интегративное лечение вегетативного невроза, как соматическое, так и психологическое, чтобы функциональные расстройства не привели к необратимым

изменениям в органах.

В настоящее время, вследствие изучения большого контингента больных с функциональными нарушениями без патологической органической основы, получили большое распространение интегративные теории: к ним относятся интегративная модель здоровья, болезни и болезненного состояния Вайнера, биопсихосоциальная модель Иксюля, медицинская антропология Вайзеккера, основой которых являются психотерапевтические методы лечения.

В последнее время получила распространение концепция алекситимии Шифнеса – неспособности личности с характеристиками оперативного мышления к эмоциональному резонансу, то есть неспособности человека выразить собственные переживания, эмоции, неспособность быть в контакте с собственным внутренним миром. Теория стресса Кеннона и Селье, установившая влияние экстремальных и хронических стрессовых ситуаций на течение и психотерапию психосоматических заболеваний (стресс и адаптивные реакции), концепция враждебности Смита, выявившая роль гнева и враждебности в возникновении социальной дезадаптации и соматических заболеваний.

В процедуре психосоматического исследования можно выделить два этапа: диагностический и психотерапевтический.

На диагностическом этапе используются методы диагностической беседы и психологического тестирования. Диагностическая беседа позволяет собрать психосоматический анамнез, создать целостное представление о соматических симптомах и их связи с внешней и внутренней историей развития личности. Главное на этом этапе – выявить связь между началом соматических проявлений и достоверными жизненно важными изменениями, конфликтами и кризисами, которые возникли у человека. Это предполагает знание личности, условий развития в детстве, особенностей социализации, актуальности прошлых переживаний. Диагностическая беседа начинается с вопроса: «С какими жалобами Вы пришли?». Следующий вопрос позволяет уточнить начало болезненных переживаний: «Когда Вы это почувствовали впервые?», необходимо уточнить время вплоть до часа. Решающим является последующий вопрос: «Что случилось в Вашей жизни, когда это случилось?», который позволяет выявить провалы, ситуации

искушений, неудач, изменении деятельности, ухудшение жилищных условий. Пациента просят взглянуть ретроспективно на свою жизнь: «Расскажите о себе, может быть, что-то из детства». Диагностическая беседа отчасти носит провокационный характер, психотерапевт подбадривает, задает откровенные вопросы, наталкивает на ответы, не фиксируя на них внимания, но определяя направление размышления и обращая внимание на моменты, когда пациент умолкает, когда появляется пауза, позволяющая выявить, где психическая энергия перенесена в физическую сферу. Психотерапевт должен учитывать вербальные и невербальное поведение пациента, одежду, мимику, голос, выбор слов, вздохи, раздражительность и др., не прерывая его и давая возможность свободно высказаться, не боясь осуждения.

Психологическое тестирование – это использование стандартизованных психодиагностических методов для оценки (качественной и количественной) своеобразных черт личности и поведения. Используются тесты, основанные на самоотчете личности и проективные тесты, где используется различный стимульный материал.

Психотерапевтический этап основывается чаще всего на сомато-ориентированной психотерапии Мауэра и его разновидности – личностноориентированной терапии Карвасарского. Это интегративная психотерапевтическая процедура, учитывающая психосоциальные, личностные факторы и телесную форму функционирования человека. Целью метода является развитие адекватного осознания пациентом реальности, развития самосознания. В системе терапевтических приемов используются внутренние диалоги, психогимнастика, релаксация, тренировка в общении, двигательная терапия. Специфическим приемом является применение визуальных изображений, рисунков собственного тела, тимографии – проекции глубинного психического содержания, методов актуализации внутреннего психического состояния и контроля соматически и сенсорно обусловленных чувств. Психосоматическое исследование составляет сегодня значительную часть психологической науки, помогая объяснить возникновение и течение психосоматических проблем, диагностировать и лечить психосоматические заболевания.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАСОБІВ І МЕТОДІВ ПСИХОСОМАТИЧНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ СУЧАСНИХ ОЗДОРОВЧИХ СИСТЕМ

Твердохліб О. Ф., Ковбаса І. В.

Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут»

Анотація. Розглядаються методи регуляції роботи організму людини засобами сучасних оздоровчих систем. Дослідження проводилось методами логіко-теоретичного і порівняльного аналізів даних наукової і методичної літератури, інших інформаційних джерел. Сучасні оздоровчі системи використовують вправи давніх психосоматичних систем та їх модифікації, що мають численні позитивні характеристики, регуляції роботи організму людини на різних рівнях: духовному, фізичному, соматичному, емоційному, розумовому, біоенергетичному. Акцентується увага на необхідності визначення оптимальних засобів психосоматичної саморегуляції та шляхів їх впровадження у фізичне виховання різних груп населення.

Ключові слова: засоби, методи, регуляція, організм, сучасні, оздоровчі, системи.

Вступ.

Державні установчі програми ставлять перед фахівцями галузі фізичного виховання задачу виявлення засобів забезпечення життєстійкості людини в сучасних умовах існування. В сучасній медицині, психології, реабілітації, педагогіці, спорті, екстремальних і творчих видах діяльності поширилися методи стороннього і власного програмування, психосоматичної регуляції роботи організму людини засобами психосоматичних вправ, запозиченими з релігійно-культових систем, йоги, цигуну та ін. (Л.П. Гримак, 1987; С. Гроф, 1994; Б.Ф. Воронін, 1990; А. Коглер, 2001). Деякі аспекти цих практик висвітлені в напрацюваннях з історії фізичної культури (В.В. Пономарьов, 1970; Л. Кун, 1982), бойових мистецтв (О.В. Трусів, 1996; М.А. Лепський, 2003; М. Величкович, Л. Мартинюк, 2003), але вивченню засобів і методів психосоматичної регуляції роботи організму людини сучасних оздоровчих систем приділялося недостатньо уваги фахівцями вітчизняної галузі фізичної культури [1].

Робота відповідає напрямку досліджень «Теоретико-методологічні основи фізичного виховання та оздоровчої фізичної культури» теми 3.2. «Основи фізичного виховання різних груп населення» Зведеного плану науково-дослідної роботи у сфері фізичної культури і спорту на 2006 – 2010 рр.

Мета, завдання роботи, матеріал і методи.

Мета - дослідження засобів і методів регуляції роботи організму людини сучасних оздоровчих психосоматичних систем.

Задачі дослідження вирішувалися методами логіко-теоретичного і порівняльного аналізів даних наукової і методичної літератури, інших інформаційних джерел.

Результати дослідження. З аналізу інформаційних джерел і попередніх досліджень слідує, що регуляція стану організму людини здійснюється різними засобами і методами, у тому числі і психосоматичним вправам [2-14]. Психосоматичні вправи систем йоги та цигуну, що базуються на сторонній і саморегуляції загального стану і роботи організму, фахівці медичної галузі використовують з превентивно-лікувальною метою, для нормалізації розладів та подолання захворювань психосоматичного (вторинна патологія внутрішніх органів і систем у результаті порушення їх нервово-психічної регуляції) та соматопсихічного (психічні порушення, що розвинулися вторинно, протягом поза мозкових соматичних хвороб) характеру [3, 4, 7].

Л.П. Гримак систему комплексних методів саморегуляції людини на духовному, розумовому, емоційному і фізичному рівнях, яка забезпечує, на його думку, додаткові ступені свободи для багатостороннього розвитку і дозволяє у значній мірі інтенсифікувати власну інтелектуальну і фізичну працю, свідомо і систематично долати негативні риси свого характеру, корегувати деякі фізичні вади власного тіла, називає «психологією активності» [4]. Її живильними джерелами визначені давні і сучасні психосоматичні системи, релігійно-культові, філософські, бойові і оздоровчі системи Сходу, Античної Греції, Давньої Русі, йога, дзен-будизм, магичні системи Америки й Африки, сучасні засоби психології, медицини тощо. На його думку, деякі засоби йоги, які здійснюють психосоматичну регуляцію організму людини при посередництві стороннього навіювання, самонавіювання і саморегуляції були асимільовані медичною гіпнологією та аутогенним тренуванням.

Г.С. Шаталова розробила «Систему природного оздоровлення», що базується на принципах комплексної регуляції духовного, психічного і фізичного аспектів особистості, базовими елементами структури або «трьома китами» якої являються духовне, психічне й фізичне здоров'я. За визначенням авторки, духовне здоров'я – це відсутність егоїзму, терпимість, єднання з природою, життя по законам біблійних заповідей, а психічне – гармонічна єдність свідомого і підсвідомого. Система надає перевагу фізичним і психосоматичним вправам у природному середовищі, використовує динамічне аутогенне тренування з метою виховання здібності контролювати й регулювати надходження енергії в тканини в процесі руху [14].

«Система тренування тіла і духу» розроблена доктором психології, педагогіки, філософії в медицині М. Норбековим разом з фахівцем зі східних єдиноборств карате, кунг-фу, тхеквондо Ю. Хваном [8, 9], керується такими постулатами: дух людини – основний стимулятор тілесного оздоровлення, фізичні вправи розвивають рухомість хребта, тренування емоцій очищає душу до дитячої безтурботності, а тренування образного уявлення і концентрації думок оздоровлює внутрішні органи. Як бачимо, в основі системи лежать принципи комплексної регуляції духовного, психічного і фізичного аспектів особистості. Система використовує технології самооздоровлення, самовідновлення і омолодження організму людини давніх психосоматичних систем Сходу у поєднанні з сучасними науковими розробками психології, медицини, спорту. Використовуються практики ченців Храму Вогнепоклонників, вагомим елементом яких є обов'язкова посмішка (за рахунок свідомого вольового зусилля) та випрямлене положення хребта, методики тибетських йогів з керованого сприйняття больового і температурного відчуттів, балансування теплопродукції організму, маніпулювання чуттєвими образами, тобто свідомого управління несвідомими процесами при посередництві саморегуляції нервово-м'язової системи (постави, міміки), емоційного стану та ін.

Низка фахівців галузей фізичної культури, спорту, педагогіки (В.М. Смолевський, Б.К. Івлієв, 1992; Є.Н. Приступа, 1996; Л.П. Матвеєв, 1999; А.В. Цьось, 2000; М. Величкович, Л. Мартинюк, 2003; Т. Каляндрук, 2004 та ін.) досліджували давні психосоматичні системи у якості джерел засобів сучасного фізичного виховання.

«Нетрадиційні види гімнастики», рекомендовані [11] для занять фізичної культури школярів, включають сім видів: китайські системи фізичних вправ (ушу, тайцзицюань, гімнастику тварин хуато, цигун), гімнастичну методику індійської хатхайоги, атлетичну гімнастику, стретчинг-гімнастику (пози з метою розтягування м'язів), спортивну аеробіку, гідроаеробіку, дихальну гімнастику. Дихальна гімнастика включає вправи зі свідомої регуляції дихання: пранаями йоги, дихальні вправи систем Лобанової-Попової з опором на видиху мовних органів і вимовою звуків, Стрельникової – парадоксальне дихання, Бутейка – вольова ліквідація глибокого дихання. Заняття з китайських систем ушу і цигун використовують деякі засоби спортивних, масово-оздоровчих і бойових видів: оволодіння знаннями філософських принципів, засобами заспокоєння, розслаблення м'язів, регуляції дихання. Ці системи базуються на поєднанні внутрішньої і зовнішньої діяльності організму, за ведучої ролі свідомості, з метою вдосконалення рухових, функціональних і психічних потенцій людини. Вимоги до занять базуються на рекомендаціях Лао Цзи: цілковитий спокій, опанування бажань і думок, цілковита концентрація уваги, природне протікання внутрішньої діяльності організму. Вправи ушу відрізняються відсутністю положень стоячи на колінах і лежачи, точністю, плавністю, закругленістю, безперервністю, рівномірністю рухів, що переходять один в другий і уникають максимальних амплітуд, повільним темпом, переважно вертикальним положенням голови і тулуба та трохи зігнутих ніг, стандартною послідовністю поз і рухів, не напруженим станом м'язів, постійним усвідомленням рухів, візуальним супроводом рухів рук, не форсованістю і рівномірністю контрольованого дихання.

Давні українські психосоматичні практики – календарні обряди, ігри, розваги, бойові мистецтва та інші етнічні оздоровчі засоби рухової активності поширилася останнім часом на теренах України у якості засобів фізичної культури різних вікових груп [2, 10, 13]. Є.Н. Приступа визначає їх поняттям «народна фізична культура», вважає важливою складеною національної культури і етнопедагогіки та кваліфікує, як види і методи рухової активності, що забезпечують адекватний біологічний, психічний, естетичний, моральний вплив на природний розвиток людини, її пристосування до навколишнього середовища, підготовку до трудової діяльності та військової справи [10]. Народні традиції фізичної культури А.В. Цьось кваліфікує

терміном «психофізичні системи» і відносить до їх числа Олімпійські, Піфійські, Істмійські, Немейські священні ігри античної Греції, китайські та японські бойові мистецтва, індійську йогу, українські календарні обрядові системи тілесної досконалості – свята, обряди, магичні дії, гадання, ігри, розваги, хороводи та ін. [13]. М. Величкович, Л. Мартинюк терміном «психофізичні вправи» називає засоби системи давніх бойових мистецтв України - комплекс духовних, фізичних, дихальних, психічних, розумових, музично-ритмічних і звуко-вербальних вправ, танці під ритмічний супровід (музичний, спів, декламацію патріотичних віршів і балад), бойові рухи і прийоми та ін. [2].

Оздоровчі системи, що практикуються на теренах США в наш час, розглянуті в монографіях R. Gerber (1988), У. Колліндж (1997), М. Knaster (1999) та ін.

Доктор медицини Р. Гербер механізми дії на організм людини різних методів і засобів різноманіття видів альтернативної медицини зводить до одного загального – вібраційної дії електромагнітних коливань, що визначило назву «Вібраційна медицина» окремого напрямку медицини, до рухових засобів якого відносить психосоматичні вправи систем індійської йоги і китайського цигуну [3].

У. Колліндж деякі оздоровчі рухові засоби взаємодії свідомості і тіла, душевно-тілесної терапії, програм здоров'я альтернативної медицини, відносить до системи під назвою «Медицина душі і тіла» [6]. Оздоровчі програми включають сукупність поглиблених знань з: емоційних аспектів захворювань, використання мислеобразів, фізичних вправ, глибокого розслаблення, дихальної гімнастики, лікувального харчування (Онкоцентр підтримки і навчання Менло-Парк, Каліфорнія), технік зосередження і послаблення стресу (Медичний центр Массачусетського університету), медитації зосередження (віпасана), айюurvedу (Центр медицини душі і тіла, Каліфорнія), трансцендентальної медитації (Махаріші Айюр-Вед Продактс Інтернешл, Колорадо Спрінгс), цілеспрямованого використання мислеобразів (Академія спрямованої уяви, Каліфорнія), практик біологічного зворотного зв'язку (Американський інститут сертифікації в області біологічного зворотного зв'язку, Колорадо), гіпнотерапії та ін.

Фахівець з альтернативної медицини з понад двадцятирічним

досвідом М. Knaster у монографії «Discovering the bodys wisdom» (Відкриття мудрості тіла) (1999) терапію, релаксацію, масаж, йогу, цигун, бойові мистецтва та ін., загалом близько тридцять вісім видів оздоровчих методів і засобів, що практикуються в наш час у США, відносить до системи «Тілесні напрямки» [5]. На її думку, усі методи системи роботи з тілом зводяться до двох типів: західних і східних. Західні методи ґрунтуються на матеріальному розумінні структури і функцій тіла людини, механічно-інженерних і фізико-хімічних концепціях проблем здоров'я, пов'язують окремі хвороби з певними частинами тіла. Східні традиції розглядають тіло, як єдину морфо-функціональноенергетичну структуру, причини хвороб вбачають у дисбалансі цієї структури, а оздоровчі заходи, в основному, у засобах сторонньої і саморегуляції. Узагальнивши досвід багатьох оздоровчих систем, авторка визначила власний алгоритм програми самовдосконалення: самоусвідомлення, виявлення відповідності різних відчуттів (болю, напруження, жару, холоду, насолоди, слабкості, ритму дихання, емоційних проявів та ін.) їх причинам, визначення звичок (харчування, шкідливих), мрій життя (змінити тіло, поставу), керівництв роботи з тілом (щоденне спостереження за диханням, фізичним і психоемоційним станом, режимом навантажень і відпочинку, поставою, оцінка відповідності тіла ідеалу тощо).

Висновки: Сучасні оздоровчі системи використовують вправи давніх психосоматичних систем та їх модифікації, що мають численні позитивні характеристики, регуляції роботи організму людини на різних рівнях: духовному, фізичному, соматичному, емоційному, розумовому, біоенергетичному. Перспективно використовувати засоби і методи психосоматичної регуляції сучасних оздоровчих систем у заняттях з фізичного виховання різних груп населення, зокрема практики свідомої саморегуляції міміки, тону м'язів, дихання, поз, рухів, звуковербальних проявів, емоційно-розумового стану, больових й теплових відчуттів, мислення, поведінки.

Перспективи подальших розвідок: плануються подальші дослідження у напрямку визначення оптимальних засобів психосоматичної саморегуляції та шляхів їх впровадження у фізичне виховання різних груп населення.

ПСИХОСОМАТИЧНІ МАСКИ ТРИВОГИ

Хаустова О.О.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

УДК 616.895

Психосоматичний підхід до проблем здоров'я

Біопсихосоціальна парадигма сучасної медицини підкреслює, що здоров'я людини невід'ємно пов'язане із природними та соціальними факторами, а його хворобливі зміни є індикатором, який дуже чітко відображає цивілізаційні зміни (Чабан О.С., Хаустова О.О., 2004). Причому останніми десятиліттями внаслідок науково-технічного прогресу ці зміни пришвидшуються, а соціум стає агресивнішим стосовно людини (Хаустова О.О., 2009). У соціології навіть з'явився усталений термін — VUCA, який описує характеристики сучасного світу, такого непривітного для людини, зібрані в аббревіатурі: Volatility (нестабільність), Uncertainty (невизначеність), Complexity (складність), Ambiguity (неоднозначність) (Цимбал І.В. та співавт., 2015).

Для вразливої людини провідним джерелом дистресу, що погіршує її фізичне та психічне здоров'я, постають різноманітні дисфункціональні соціальні взаємодії, а саме розриви та/чи деформація комунікативного поля в родинній та/або виробничій сфері (Хаустова О.О., 2009). Більше того, дані сучасних досліджень свідчать, що в багатьох людей реакції на соціальний стрес виходять за межі норми із формуванням дезадаптивних реакцій за типом невротизації (невротичні реакції), соматизації (психосоматичні розлади) та поведінкових відхилень (психопатоподібна та/чи адиктивна поведінка) із домінуванням у психічному стані людини перманентного дистресу, тривоги й депресії. Причому тільки психосоматичний варіант реагування є соціально схвальним у суспільстві, що зумовлює формування хронічних неінфекційних захворювань згідно з locus minoris resistentiae. Відповідно, він є найпоширенішим варіантом реагування на стрес на відміну до двох інших (невротизація та поведінкові відхилення), що стигматизуються на рівні мікро-, мезо- та макросоціуму (Чабан О.С., Хаустова О.О., 2004; Chaban O.S., Khaustova O.O., 2015).

За даними аналізу психічного здоров'я населення України за період 2009–2013 рр. захворюваність на розлади психіки та поведінки знизилася на 11,9% (з 605,0 до 532,8 на 100 тис. населення) (ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», 2014), що може бути зумовлене як гіподіагностикою психічних розладів (ПР), особливостями в організації надання психіатричної допомоги, відсутністю статистичного обліку пацієнтів, які обслуговуються у психіатрів недержавних закладів, так і ставленням населення до стану психічного здоров'я, культурою і традиціями щодо ставлення до осіб із вадами психіки та поведінки.

Психосоматичний підхід, який поєднує психотерапевтичні, психофармакологічні та превентивні стратегії вже на рівні первинної медичної допомоги, може забезпечити успіх у покращенні здоров'я. Саме він пояснює взаємодію між біологічними та психологічними факторами та їх вплив на розвиток і перебіг захворювань; вплив негативних стресових факторів на нейроендокринну регуляцію соматичних процесів; індивідуальний вплив психосоціальних чинників на розвиток захворювань; спосіб, в який хронічний стрес викликає гіперфізіологічні реакції імунної, серцево-судинної, дихальної, травної систем, включаючи мозок з його емоційними, поведінковими та когнітивними реакціями; необхідність надання психологічної допомоги для профілактики, лікування та реабілітації пацієнтів із соматичними захворюваннями (Чабан О.С., Хаустова О.О., 2004; Chaban O.S., Khaustova O.O., 2015).

Таким чином, психосоматичний підхід висвітлює як способи, якими стрес та соціально-економічні проблеми, взаємодіючи зі стилем життя та поведінкою, можуть впливати безпосередньо на здоров'я людини, так і шляхи збереження цього здоров'я.

Тривога: особливості проявів і класифікації

Тривога — психологічний та/чи фізіологічний стан, який включає емоційну, поведінкову, соматичну та когнітивну складову. Тривога, як і депресія, може бути як окремим симптомом, так і проявом цілої низки ПР (Хаустова Е.А., Безшейко В.Г., 2012).

Тривога для людини є нормальним захисним механізмом, який вона отримала у процесі еволюційного розвитку. У нормі вона буває транзиторною та контрольованою. Визначають такі критерії здорової тривоги (Fava G.A. et al., 2017):

- А — загальне хвилювання з приводу хвороби, занепокоєння щодо болю і тілесних відчуттів (намагання перебільшувати соматичні відчуття);
- В — занепокоєння та страхи, асоційовані з відповідною медичною ситуацією, навіть нові побоювання можуть виникати через деякий час.

Але, як тільки тривога стає довготривалою, вираженою за своєю інтенсивністю, порушує соціальне функціонування та викликає неприємні фізичні (соматичні) відчуття, можна говорити про тривогу як про розлад. Крім того, тривога — одна з найперших психічних реакцій, яка впливає на розвиток хвороби або передує їй (Хаустова О.О., 2012).

Понад 28% людей хоч би раз у житті відчували симптоми тривожного розладу (ТР). За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я за 2015 р., близько 264 млн (3,6%) людей у світі відзначали різні види ТР. У період 2005–2015 рр. їх кількість зросла на 14,9%. Згідно з даними Інституту метрики та оцінки здоров'я (Institute for Health Metrics and Evaluation — IHME), станом на 2016 р. цей показник ще вищий — 3,83%. На рисунку відображена спроба дати справжню оцінку (що виходить за рамки підтвердженого діагнозу) поширеності розладів на основі медичних та епідеміологічних даних, опитувань і метарегресійного моделювання.



Рисунок. Частка (%) від загальної кількості населення з розладами психічного здоров'я або вживання психоактивних речовин

До ТР відносять: генералізований ТР (ГТР), панічний розлад, специфічні фобії, соціальний ТР, агорафобію, obsесивно-компульсивний розлад та посттравматичний стресовий розлад

(табл. 1).

Таблиця 1. ТР

ТР						
	Прості фобії	Панічний розлад	Обсесивно-компульсивний розлад	Посттравматичний стресовий розлад	Соціальний ТР	ГТР
Симптом и тривоги	<ul style="list-style-type: none"> • Боязнь змій • боязнь крові • страх літати в літаку • страх висоти 	<ul style="list-style-type: none"> • Страх смерті • панічна атака • страх іти • важко дихати • біль у грудях 	<ul style="list-style-type: none"> • Страх користуватися громадським туалетом • нав'язливості • думки про секс • галюцинації • думки про смерть 	<ul style="list-style-type: none"> • Повторне переживання травми • нічні жахи • заціпеніння • роздратованість 	<ul style="list-style-type: none"> • Страх приниження • страх публічних виступів • страх користуватися громадським туалетом 	<ul style="list-style-type: none"> • Тривога • напруження • депресія • агресія

Тривога — один із найпоширеніших проявів психічної патології та частий симптом при депресії, гострих галюцинаторно-маячних, органічних розладах, алкоголізмі та інших залежних розладах. Коли тривога та депресія супроводжують одна одну, говорять про змішаний тривожно-депресивний розлад, проте якщо симптоми тривоги та депресії стають однаково тяжкими — про коморбідний розлад.

Деякі ознаки ТР відзначають і в пацієнтів соматичного профілю (Корнацький В.М. и соавт., 2011; Чабан О.С., 2014; Клебан К.І., 2015; Сапон Д.М., 2016). Симптоми ТР можуть також маскувати деякі соматичні хворобливі стани (дисфункцію надниркових залоз, аритмію, бронхіальну астму, цукровий діабет, синдром подразненої товстої кишки, інфаркт міокарда, судомні напади, захворювання щитоподібної залози тощо). Отже, необхідно диференціювати ТР з цими та іншими захворюваннями, а також із передозуванням або відміною деяких препаратів.

Серед соматичних проявів тривоги виділяють:

- серцево-судинні: прискорене серцебиття, тахікардію, екстрасистолію, неприємні відчуття чи біль у грудях, коливання

артеріального тиску, переднепритомний стан, приливи жару або холоду, пітливість, холодні й вологі долоні;

- дихальні: відчуття клубка в горлі або непроходження повітря, відчуття браку повітря, задишка, нерівномірність дихання, незадоволеність вдихом;
- неврологічні: запаморочення, головний біль, переднепритомний стан, тремор, м'язові посмикування, здригування, парестезії, напруження та біль у м'язах, порушення сну;
- шлунково-кишкові: нудоту, сухість у роті, диспепсію, діарею або запор, біль у животі, метеоризм, порушення апетиту;
- сечостатеві: прискорене сечовипускання, зниження лібідо, імпотенцію;
- терморегуляторні: безпричинні субфебрилітет і озноб.

Психічні порушення під маскою соматичних симптомів на рівні первинної ланки медичної допомоги рідко діагностують і внаслідок цього — адекватно не лікують. Гіподіагностика зумовлена ще й тим, що тривожні та депресивні симптоми сприймаються пацієнтом, і нерідко й лікарем, як соматичні.

У Міжнародній класифікації хвороб (МКХ) 10-го перегляду термін «психосоматичні хвороби» не використовують з огляду на його неоднакове значення в різних мовах та різні медичні традиції, а також для того щоб не виникало думки, нібито при інших захворюваннях психологічні фактори не мають значення в їх виникненні та перебігу (World Health Organization, 1992).

Розлади, визначені як психосоматичні в інших класифікаціях, у МКХ-10 знаходяться в рубриках:

- F45 — Соматоформні розлади (F45.0 — Соматизований розлад, F45.2 — Іпохондричний розлад, F45.3 — Соматоформна вегетативна дисфункція, F45.4 — Хронічний соматоформний больовий розлад, F45.9 — Соматоформний розлад неуточнений);
- F44 — Дисоціативний (конверсійний) розлад;
- F48 — Неврастенія;
- F50 — Розлади прийняття їжі;

- F54 — Психологічні та поведінкові фактори, пов'язані з розладами або захворюваннями, що класифіковані в інших рубриках.

Для реєстрації соматичного стану використовують свій код у поєднанні з рубрикою F54: бронхіальна астма (J45), виразка шлунка (K25), виразковий коліт (K51), дерматит (L23–L25).

Для встановлення діагнозу «Соматоформний розлад» потрібна одночасна наявність усіх нижченаведених ознак без винятку:

- відсутні дані про істотне структурне чи функціональне порушення зазначеного органа чи системи;
- симптоми захворювання тісно пов'язані з неприємними життєвими обставинами, труднощами та конфліктами;
- заклопотаність і засмученість із приводу можливого серйозного (але часто невизначеного) захворювання цього органа чи системи, причому повторні пояснення і переконання лікарів стосовно цього залишаються безрезультатними.

До соматоформної вегетативної дисфункції F45.3 відносять: кардіальний невроз, синдром Да Коста, гастроневроз, нейроциркуляторну астенію, психогенну форму аерофагії, психогенну форму кашлю, психогенну форму діареї, психогенну форму диспепсії, психогенну форму дизурії, психогенну форму метеоризму, психогенну форму гикавки, психогенну форму глибокого та частого дихання, психогенну форму частого сечовипускання, психогенну форму роздратованого кишечника, психогенну форму пілороспазму.

При соматизованому розладі вегетативні симптоми можуть виникати протягом декількох років, але вони не є вираженими і сталими та не приписуються весь час до одного органа чи системи.

У класифікації DSM-5 з'явилася категорія «Розлад із соматичними симптомами і аналогічні розлади», що відповідає категорії соматоформних розладів у МКХ-10 (American Psychiatric Association, 2013). Діагноз «Розлад з соматичними симптомами» за DSM-5 може бути встановлений на рівні з діагнозом з іншої медичної спеціальності тільки в разі поєднання соматичних симптомів з аномальними думками, почуттями і поведінкою. Із DSM-5 вилучені розлади соматизації, іпохондрія, больовий розлад і

неуточнений соматоформний розлад. Це пов'язано з тим, що встановлення таких діагнозів дуже часто викликає складнощі у спеціалістів первинної медичної мережі, до яких вони найчастіше потрапляють. Тож відмінності у групі соматоформних розладів у DSM-IV та DSM-5 представлені в табл. 2.

Таблиця 2. Відмінності соматоформних розладів у DSM-IV та DSM-5

DSM-5	DSM-IV
Розлад із соматичними симптомами	Соматизований розлад Соматоформний розлад неуточнений Больовий розлад Іпохондрія
Розлад тривожного спектра	Іпохондрія
Розлад із функціональними неврологічними симптомами	Конверсійний розлад
Психологічні фактори, які впливають на інші медичні стани	Психологічні фактори, які впливають на інші медичні стани
Дисморфофобічний розлад	Дисморфофобічний розлад
Симуляційний розлад	Симуляційний розлад
Інший диференційований/недиференційований соматичний симптом та відповідний розлад	Неспецифічний соматоформний розлад

Тривога негативно впливає на якість життя людини, порушуючи фізичне, психічне та соціальне функціонування. Отже, рання діагностика та лікування ТР — важливі складові курації хворих, спрямовані на запобігання хронізації та соматизації ПР.

Алгоритм діагностики ТР

Встановлення діагнозу ПР відповідно до Закону України «Про психіатричну допомогу» є виключно компетенцією лікаря-психіатра чи комісії лікарів-психіатрів (рубрики F0–9 за МКХ-10).

Лікарі всіх інших спеціальностей мають такі компетенції щодо ПР (Чабан О.С. та співавт., 2018):

- запідозрити наявність ПР;
- встановити синдромальний діагноз;
- встановити діагноз психологічного розладу;
- направити пацієнта на консультацію до лікаря-психіатра;
- проводити терапію, реабілітацію тяжких розладів разом із лікарем-психіатром;
- проводити терапію легких/помірних розладів самостійно в межах клінічних настанов і уніфікованих протоколів.

Лікарям непсихіатричного профілю рекомендуємо до використання рубрики R45 і R46 за МКХ-10, за якими можна верифікувати в тому числі тривогу.

- R45 — Симптоми та ознаки, що відносять до емоційного стану (R45.0 — Нервозність; R45.1 — Стурбованість та збудження; R45.2 — Почуття нещастя; R45.3 — Деморалізований стан та апатія; R45.4 — Роздратованість та гнів; R45.5 — Ворожість; R45.6 — Фізичне насильство; R45.7 — Стан емоційного шоку та стресу, неуточнений; R45.8 — Інші симптоми та ознаки, що відносяться до емоційного стану);
- R46 — Симптоми та ознаки, що відносять до зовнішнього вигляду та поведінки (R46.0 — Дуже низький рівень особистої гігієни; R46.1 — Анормальний зовнішній вигляд; R46.2 — Дивна та незрозуміла поведінка; R46.3 — Надактивність; R46.4 — Сповільненість та знижене сприйняття; R46.5 — Підозрілість та помітна ухильність; R46.6 — Надмірне занепокоєння та неухильність зі стресовими наслідками; R46.7 — Багатослівність та дріб'язкова деталізація, що ускладнюють контакт; R46.8 — Інші симптоми та ознаки, що відносять до зовнішнього вигляду та поведінки).

Клініка Майо надає такі поради для осіб із нападами тривоги/паніки: якщо ви раптом відчуваєте такі напади, ви маєте шукати подальший діагноз, особливо якщо жоден із таких факторів не стосується вас:

- жоден з ваших родичів не має ТР;

- у дитинстві у вас не було ТР;
- тривога з'явилася поступово і, здавалося би, непримітно, ви не уникаєте певних речей або ситуацій через тривогу (Fava G.A. et al., 2017).

Організація спеціалізованої системи допомоги в закладах первинної медичної ланки — найперспективніший метод для раннього виявлення психічних порушень у соматичних пацієнтів. Клініко-психопатологічне та анамнестичне дослідження особливостей психічного статусу пацієнтів із різними захворюваннями дозволяє констатувати:

- клінічну неоднорідність порушень психіки у соматичних хворих;
- залежність проявів від преморбідної акцентуації особистості хворих, тривалості й тяжкості соматичного захворювання, особливостей психотравмуючих факторів, співвідношення часу появи психічних та соматичних порушень;
- необхідність диференційованого підходу при побудові системи психотерапії соматичних хворих.

Оцінка психічного стану пацієнта і діагноз часто залежать від того, які зміни визначив лікар. Для об'єктивізації та стандартизації оцінки психічного статусу використовують різноманітні шкали, тести й опитувальники. Застосування поширених міжнародних шкал, опитувальників дозволяє оптимізувати діагностику, лікувальну тактику та оцінку динаміки психічного стану пацієнта в поєднанні із сучасними інструментальними та лабораторними методами обстеження. Розглянемо поетапний алгоритм діагностики тривоги із застосуванням низки найдоцільніших у цьому випадку шкал (Чабан О.С. та співавт., 2018).

- I етап діагностики — після отримання інформованої згоди пацієнта проводять скринінгове тестування за допомогою самоопитувальника «Шкала самооцінки тривоги» (Чабан О.С., Хаустова О.О., 2004), або за наявності показань — скринінг депресії тощо.

- II етап діагностики — у разі отримання позитивного результату на I етапі доцільне подальше обстеження з використанням індивідуалізованої діагностичної програми, створеної з декількох методик, наприклад чотиривимірною опитувальника для оцінки дистресу, депресії, тривоги та соматизації (4DSQ) (Terluin B. et al., 2006), госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983), шкали тривоги Гамільтона (Maier W. et al., 1988) та ін.

Оцінка певного психопатологічного феномену за діагностичною шкалою не є тотожною діагнозу ПР, але дозволяє визначити ступінь порушення й обґрунтувати обсяг терапії.

Шкала самооцінки тривоги (Чабан О.С., Хаустова О.О., 2004)

Пацієнту пропонують позначити (+) ствердження, які відповідають йому та його настрою протягом щонайменше останніх 2 тиж (табл. 3), і бути щирим у своїх відповідях. При ≥ 7 стверджувальних відповідях для успішного лікування за наявності соматичної проблеми рекомендована консультація в медичного психолога чи фахівця з психосоматичної медицини.

Таблиця 3. Шкала самооцінки тривоги (Чабан О.С., Хаустова О.О., 2004)

Твердження	Так (+)/Ні (-)
Я відчуваю нервозність та роздратування	
У мене часто є відчуття внутрішнього тремтіння, ознобу	
Я став надмірно лякливим	
У мене виникають безпричинні раптові напади страху	
Я часто відчуваю неприємні передчуття чогось поганого попереду	
Я не отримую задоволення від життя так, як це було раніше	
У мене порушений сон	

Я постійно відчуваю напруження у тілі, неможливість розслабитися	
Через страхи я уникаю певних місць чи певної діяльності	
У мене буває частий головний біль незрозумілого характеру	
Я часто переживаю через дрібниці	
У мене періодично без причини виникає сильне серцебиття	
Мені стало важко зосереджуватися на звичній раніше діяльності	
Я став лякливим та постійно стурбованим	
У мене з'явилася підвищена пітливість	
Мені стало важко приймати будь-яке рішення	
Я не можу розслабитися та повноцінно відпочити	
У мене з'явилося забруднене дихання, відчуття недостатчі повітря	
Я часто відчуваю то жар, то холод, без всяких на те причин	
Останнім часом мені важко зосередитися на тому, що я читаю, слухаю чи переглядаю	
У мене поверхневий і чутливий сон	
Я почав значно частіше відвідувати туалет	
Я часто відчуваю якийсь дискомфорт у животі	
У мене є проблеми із сексуальним життям	
Я часто відчуваю «клубок» у горлі	

У мене часто з'являються незрозумілі неприємні відчуття у тілі	
Моя маса тіла останнім часом змінилася	
У мене з'явилася непосидючість	
Я постійно хвилююся та переживаю за рідних	
Мені важко зосередитися на звичній діяльності	

Чотиривимірний опитувальник симптомів (4DSQ)

Чотиривимірний опитувальник для оцінки дистресу, депресії, тривоги та соматизації (The Four-Dimensional Symptom Questionnaire — 4DSQ) розроблений у 1994 р. (табл. 4). Мета опитувальника — допомогти спеціалістам диференціювати синдроми, пов'язані зі стресом (нервовий зрив, вигорання) та ПР (депресія, ТР). 4DSQ складається із 50 пунктів, які оцінюють стан пацієнта за останні 7 днів. Варіанти відповідей на питання сформульовані як «Ні», «Іноді», «Регулярно», «Часто», «Дуже часто або постійно». Відповіді оцінюють за шкалою 0–2 бали, де 0 — «Ні», 1 — «Іноді», 2 — для всіх інших варіантів відповідей. При обробці опитувальника кількість балів підсумовують згідно з окремими шкалами. Шкала дистресу містить 16 пунктів (загальна сума балів 0–32), шкала депресії — 6 пунктів (загальна сума балів 0–12), шкала тривожності — 12 пунктів (загальна сума балів 0–24), шкала соматоформних порушень — 16 пунктів (загальна сума балів 0–32). Пацієнт має заповнювати варіант опитувальника, де не зазначена кількість балів, яку він отримує за кожен варіант відповіді й не вказані підшкали опитувальника (Terluin B. et al., 2006).

Таблиця 4. Чотиривимірний опитувальник симптомів (4DSQ)

4DSQ	Ні	Іноді	Регулярно	Часто	Дуже часто/Постійно	Шкала
Бали за відповідь	0	1	2	2	2	
Чи були у Вас нижченаведені скарги протягом останніх 7 днів?						

Психосоматика: психічне, тілесне, соціальне. Хрестоматія.

Запаморочення/пресинкопальний стан					Соматизація
Біль у м'язах					Соматизація
Непритомність					Соматизація
Біль у шиї					Соматизація
Біль у спині					Соматизація
Підвищена пітливість					Соматизація
Прискорене серцебиття					Соматизація
Головний біль					Соматизація
Відчуття здуття живота					Соматизація
Затуманений зір/«мушки» перед очима					Соматизація
Відчуття нестачі повітря					Соматизація
Нудота/розлад шлунка					Соматизація
Біль у ділянці шлунка/живота					Соматизація
Поколювання в пальцях					Соматизація
Тиск у грудній ділянці					Соматизація
Біль у грудях					Соматизація
Поганий/пригнічений настрій					Дистрес
Безпричинний страх					Тривога

Психосоматика: психічне, тілесне, соціальне. Хрестоматія.

Відчуття журби						Дистрес
Неспокійний сон						Дистрес
Страх неясного походження						Тривога
Байдужість до оточуючого						Дистрес
Тремтіння у присутності інших людей						Тривога
Тривога/панічні атаки						Тривога
Чи були у Вас нижченаведені відчуття протягом останніх 7 днів?						
Напруження						Дистрес
Роздратованість						Дистрес
Страх						Тривога
Відсутність сенсу будь-чого						Депресія
Що Ви більше нічого не можете робити						Дистрес
Що життя нічого не варте						Депресія
Що Вам більше не цікаві люди та речі, які Вас оточують						Дистрес
Що Ви більше не справляєтеся						Дистрес
Що Вам би було легше, якби Ви померли						Депресія
Що нічого більше не приносить Вам задоволення						Депресія

Що Ви знаходитесь у безвихідному становищі						Депресія
Що Ви не можете більше впоратися із ситуацією, що склалася						Дистрес
За останній тиждень Ви:						
Відчували, що нічим не хочете займатися?						Дистрес
Міркували не так ясно, як раніше?						Дистрес
Мали проблеми із засинанням?						Дистрес
Боялися вийти з дому одні?						Тривога
Протягом останнього тижня:						
Вас було легко схвилювати?						Дистрес
Ви боялися того, чого зовсім не варто було би боятися (тварин, висоти, маленьких приміщень тощо)?						Тривога
Вам було лячно подорожувати громадським транспортом?						Тривога
Ви боялися зганьбитися перед іншими людьми?						Тривога
Ви відчували, що Вам загрожує невідома небезпека?						Тривога
У Вас були думки «Якби ж я помер»?						Депресія
Ви прокручували у голові						Дистрес

думки/спогади про подію (-її) Вашого життя, які Вас засмучували?						
Вам було дуже важко відганяти від себе неприємні думки про подію (-її), що Вас засмучують?						Дистрес
Ви уникали деяких місць, бо вони Вас лякали?						Тривога
Ви були змушені по кілька разів на день повторювати одні й ті ж дії, перше ніж могли зробити щось ще?						Тривога

Госпітальна шкала тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale — HADS)

Шкала HADS має високу валідність щодо двох феноменів: тривоги і депресії; її використовують для виявлення та оцінки тяжкості цих симптомів в умовах загальносоматичної мережі (табл. 5). Перевагами цієї шкали є простота застосування й обробка (заповнення шкали не вимагає тривалого часу і не викликає труднощів у пацієнта) (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983).

Таблиця 5. Госпітальна шкала тривоги (Т) і депресії (Д) (HADS)

Д	Т	Симптом
	Т	1. Я відчуваю напруженість
	3	Увесь час
	2	Часто
	1	Час від часу, іноді
	0	Зовсім не відчуваю

Д		2. Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає в мене такі самі почуття
0		Безумовно, так
1		Напевно, так
2		Лише в дуже малій мірі
3		Зовсім не так
	Т	3. Я відчуваю страх. Здається, начебто може от-от статися щось жахливе
	3	Безумовно, так, і страх дуже сильний
	2	Так, але страх не дуже сильний
	1	Іноді страх буває, але це мене майже не турбує
	0	Зовсім не відчуваю страху
Д		4. Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне
0		Безумовно, так
1		Напевно, так
2		Лише в дуже малій мірі
3		Зовсім не здатний
	Т	5. Неспокійні думки крутяться в мене в голові
	3	Постійно

	2	Велику частину часу
	1	Час від часу
	0	Зрідка
Д		6. Я відчуваю бадьорість
3		Зовсім не відчуваю
2		Дуже рідко
1		Іноді
0		Практично весь час
	Т	7. Я легко можу сісти і розслабитися
	0	Безумовно, так
	1	Напевно, так
	2	Лише зрідка
	3	Зовсім не можу
Д		8. Мені здається, що я став все робити дуже повільно
3		Практично весь час
2		Часто
1		Іноді
0		Зовсім ні

	Т	9. Я відчуваю внутрішнє напруження чи тремтіння
	0	Зовсім не відчуваю
	1	Іноді
	2	Часто
	3	Дуже часто
Д		10. Я не стежу за своєю зовнішністю
3		Безумовно, так
2		Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно
1		Можливо, я став менше приділяти цьому увагу
0		Я стежу за собою так само, як і раніше
	Т	11. Я відчуваю непосидючість, наче мені постійно потрібно рухатися
	3	Безумовно, так
	2	Напевно, так
	1	Лише деякою мірою
	0	Зовсім не відчуваю
Д		12. Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення
0		Точно так само, як і зазвичай
1		Так, але не в тій мірі, як раніше

2		Значно менше, ніж зазвичай
3		Зовсім не вважаю
	Т	13. У мене буває раптове почуття паніки
	3	Дуже часто
	2	Досить часто
	1	Не так вже й часто
	0	Зовсім не буває
Д		14. Я можу одержати задоволення від хорошої книги, радіо- чи телепередачі
0		Часто
1		Іноді
2		Рідко
3		Дуже рідко
		Загальна сума балів

Бланк шкали видають пацієнту для самостійного заповнення та супроводжують інструкцією: «Прочитайте уважно кожне твердження і в порожній графі зліва відзначте (+) відповідь, яка найбільшою мірою відповідає тому, як Ви себе почували минулого тижня. Не роздумуйте занадто довго над кожним твердженням. Ваша перша реакція завжди буде найбільш вірною».

Шкала містить 14 тверджень, які складаються у дві підшкали:

Т (тривога) — непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 та Д (депресія) — парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14. Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, що відображають градації

вираженості ознаки й кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 (відсутність ознаки) до 4 балів (максимальна її вираженість). Оцінку за кожною зі шкал проводять окремо. Таким чином, максимальна оцінка становить 21 для депресії та 21 — для тривоги.

Критерії оцінювання:

- 0–7 — норма;
- 8–10 — зона ризику (присутність феномену) або легкий ступінь тяжкості;
- ≥ 11 — ймовірна наявність розладу настрою (11–15 — помірний, 16–21 — тяжкий ступінь).

Шкала тривоги Гамільтона (Hamilton Anxiety Scale — HAM-A)

У клінічній практиці та клінічних дослідженнях найчастіше використовують шкалу тривоги Гамільтона, створену в 1959 р. (табл. 6). Аналогічно відомій шкалі депресії HAM-D, вона створена на основі ретельного емпіричного аналізу клінічних даних. Результати подальших наукових досліджень підтвердили валідність та клінічну значимість шкали (Maier W. et al., 1988). Наразі шкала тривоги Гамільтона — важливий, точний і зручний діагностичний інструмент, який застосовують у повсякденній практиці лікарів-спеціалістів, що часто мають справу з ТР, лікарів-психіатрів. Шкала тривоги Гамільтона є золотим стандартом клінічних наукових досліджень, оскільки дозволяє клінічно достовірно оцінити вираженість ТР в широкому діапазоні.

Таблиця 6. Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A)

Ступені прояву симптому (1 бал — легкий, 2 — помірний, 3 — тяжкий, 4 — дуже тяжкий)					
Симптоми	0	1	2	3	4
1. Тривожний настрій (стурбованість, очікування найгіршого, тривожні побоювання, дратівливість)	0	1	2	3	4
2. Напруження (відчуття напруження, здригання, плаксивість, тремтіння, відчуття занепокоєння, нездатність розслабитися)	0	1	2	3	4
3. Страхи (темряви, незнайомих, самотності, тварин, натовпу, транспорту)	0	1	2	3	4

Психосоматика: психічне, тілесне, соціальне. Хрестоматія.

4. Інсомнія (утруднене засинання, переривчастий сон, що не приносить відпочинку, почуття розбитості й слабкості при пробудженні, кошмарні сни)	0	1	2	3	4
5. Інтелектуальні порушення (утруднення концентрації уваги, погіршення пам'яті)	0	1	2	3	4
6. Депресивний настрій (втрата звичних інтересів та почуття задоволення від хобі, пригніченість, ранні пробудження, добові коливання настрою)	0	1	2	3	4
7. Соматичний м'язовий біль (біль, посмикування, напруження, судоми клонічні, скрипіння зубами, голос, що зривається, підвищений м'язовий тонус)	0	1	2	3	4
8. Соматичні сенсорні симптоми (дзвін у вухах, нечіткість зору, приливи жару і холоду, відчуття слабкості, поколювання)	0	1	2	3	4
9. Серцево-судинні симптоми (тахікардія, серцебиття, біль у грудях, пульсація в судинах, часті зітхання)	0	1	2	3	4
10. Респіраторні симптоми (тиск і стиснення в грудях, задуха, часті зітхання)	0	1	2	3	4
11. Гастроінтестинальні симптоми (утруднене ковтання, метеоризм, біль у животі, печія, відчуття переповненого шлунка, нудота, блювання, бурчання в животі, діарея, запор, зменшення маси тіла)	0	1	2	3	4
12. Сечостатеві симптоми (прискорене сечовипускання, сильні позиви на сечовипускання, аменорея, менорагія, фригідність, передчасна еякуляція, втрата лібідо, імпотенція)	0	1	2	3	4
13. Вегетативні симптоми (сухість у роті, почервоніння чи блідість шкіри, пітливість, головний біль із відчуттям напруження)	0	1	2	3	4
14. Поведінка при огляді (совання на стільці, неспокійна жестикуляція і хода, тремор, нахмурювання обличчя, напружений вираз обличчя, зітхання чи прискорене дихання, часте ковтання слини)	0	1	2	3	4

Процедура проведення обстеження за НАМ-А передбачає використання напівструктурованого інтерв'ю, під час якого лікар зокрема збирає анамнестичні відомості й спостерігає за поведінкою та іншими невербальними проявами досліджуваних психопатологічних феноменів. Шкала не є самоопитувальником, тому

не передбачає пред'явлення її пацієнтові або наявність прямих запитань щодо тривоги. Тривалість обстеження — 20–30 хв.

Шкала складається з 14 пунктів, кожен з яких оцінюють за шкалою Лайкерта у 0–4 балів. 13 пунктів відносять до проявів тривоги в повсякденному житті, 14-й — до прояву тривоги при огляді. У шкалі НАМ-А варіанти відповідей стандартизовані: кожен пункт може внести однакову кількість балів у значення шкали й немає необхідності прописувати окремі варіанти відповідей для кожного пункту, що спрощує розуміння шкали та процедуру підрахунку.

0 балів означає відсутність симптому, 1 — легкий, 2 — помірний, 3 — тяжкий, 4 — дуже тяжкий ступінь прояву симптому. Загальна сума балів — 0–56.

Для отримання загального бала, що відображає тяжкість ТР, необхідно скласти бали за всіма пунктами. Перші 6 пунктів можуть бути оцінені окремо як прояви тривоги у сфері психіки, інші 8 — у соматичній сфері. Загальна оцінка ≤ 6 балів свідчить про відсутність симптомів тривоги, 7–13 — зону ризику можливої наявності ТР, 14–20 — легку тривогу, 21–28 — середньо виражений ТР (симптоматичну тривогу), ≥ 29 — тяжкий ступінь тривоги.

Терапія ТР

Відповідно до міжнародних стандартів курації пацієнтів із ТР, оптимальною тактикою лікування є поєднання фармакотерапії та психотерапії (Gaebel W. et al., 2012). За стандартом якості NICE QS53 2014 р. психотерапію вважають першою лінією терапії при ТР, причому дієвими є навіть заходи низької інтенсивності, що включають самодопомогу і психологічні методи лікування високої інтенсивності. Також наголошується, що особам із ТР не слід призначати бензодіазепіни або нейролептики за відсутності специфічних клінічних причин (NICE, 2014).

Провідним методом психотерапії є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), спрямована на розуміння пацієнтом механізмів виникнення симптомів тривоги й вибудовування спільно з ним тактики їх опанування та редукції. Прогресивна релаксація також визнана дієвим методом. Можуть бути застосовані раціональна психотерапія, гештальт-терапія, короткострокова динамічна терапія, інші релаксаційні методи, біологічний зворотний зв'язок, виявлення

можливих психологічних причин і джерел симптомів, виведення пацієнта із психотравмуючої ситуації або її дезактуалізація, психоосвітня робота з пацієнтом та його сім'єю (демонстрація зв'язку симптомів із психологічними проблемами), сімейна терапія, аутотренінг, методи особистісного зростання, тренінг соціальних і комунікаційних навичок, виявлення і розширення значущих для пацієнта міжособистісних зв'язків, терапія зайнятістю тощо (Derogatis L.R., 1979; Asanova A., Khaustova O., 2018; Cramer P., 2000; Snowdon D.A., Friesen W.V., 2001).

Стандарти доказової медицини, наведені в міжнародних клінічних настановах, для психофармакотерапії ТР як першу лінію рекомендують селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗСН) і прегабалін (Clark D.M., 2011). Так, згідно з рекомендаціями Всесвітньої федерації товариств біологічної психіатрії (World Federation of Societies of Biological Psychiatry — WFSBP), прегабалін разом із СІЗЗС та СІЗЗСН є препаратом першого вибору при ГТР (Sjoberg G., Feychting K., 2010).

В оновленій у 2018 р. клінічній настанові з терапії ТР для дорослих Національної служби охорони здоров'я Великобританії (National Health Service — NHS) 2017 р. окремо зауважується, що прегабалін можна призначати за відсутності терапевтичної відповіді на СІЗЗС/СІЗЗСН, або як першу лінію терапії, особливо у пацієнтів з інтелектуальною недостатністю (Wells J., Principal Pharmacist MH & LD Divisions, 2017).

Прегабалін схвалений для гострої та підтримувальної терапії ГТР Європейським медичним агентством (European Medicines Agency — ЕМА) у 2006 р. Також він ліцензований в Європі для лікування при епілепсії та невропатичного болю. Є дані про його ефективність при алкогольній та бензодіазепіновій залежностях (Bandelow B. et al., 2007; Di Nicola M. et al., 2010; Oulis P., Konstantakopoulos G., 2012; Wensel T., Powe K., 2012).

За результатами 8 рандомізованих подвійних сліпих плацебо-контрольованих досліджень прегабалін довів значну ефективність при генералізованому ТР (Feltner D.E. et al., 2003; Pande A.C. et al., 2003; Pohl R.B. et al., 2005; Rickels K. et al., 2005; Montgomery S.A. et al., 2006; Feltner D. et al., 2008; Montgomery S. et al., 2008; Kasper S.

et al., 2009). Критерієм ефективності терапії є зниження на $\geq 50\%$ сумарного бала за НАМ-А порівняно з початковим. Вираженість ГТР в усіх цих дослідженнях була середня чи висока (23–27 балів за НАМ-А). Доза прегабаліну становила 150–600 мг/добу.

Прегабалін виявився значно ефективнішим за плацебо в усіх клінічних дослідженнях, за винятком дози 150 мг/добу, де в одному дослідженні відмінність між препаратами не досягла ступеня достовірності (Feltner D.E. et al., 2003). У кінці досліджень зниження загального бала за НАМ-А у групі прегабаліну становило 9,24–14,7, у групі плацебо — 6,82–11,7 бала. Клінічний ефект прегабаліну досягав статистично значущої відмінності від плацебо вже на 1-му тижні терапії (Montgomery S.A. et al., 2006). В одному відкритому дослідженні виявлено, що редукція рецидивів протягом 24 тиж становила 50% лише в осіб, які отримували 450 мг прегабаліну, але не плацебо. Крім того, в осіб, які отримували активний препарат, значно подовжувався період між нападами тривоги (Feltner D. et al., 2008).

Також зроблено пряме порівняння ефективності прегабаліну з венлафаксином, лоразепамом і алпразоламом (Pande A.C. et al., 2003; Rickels K. et al., 2005; Kasper S. et al., 2009). У жодному не показано значимої переваги препарату порівняння над прегабаліном. Більше того, середня доза прегабаліну (424 мг/добу) виявилася ефективнішою за фіксовану дозу венлафаксину (75 мг/добу) вже до 4-го дня лікування (Kasper S. et al., 2009).

Протирецидивну ефективність прегабаліну оцінювали у 6-місячному плацебо-контрольованому дослідженні за участю 624 хворих із ГТР, в яких отримано початкову клінічну відповідь при застосуванні фіксованої дози прегабаліну 450 мг/добу (Feltner D. et al., 2008). Прегабалін статистично достовірно перевершував плацебо щодо подовження періоду без нападів тривоги ($p < 0,0001$). До кінця дослідження через 6 міс рецидив розвинувся у 42% хворих групи прегабаліну та у 65% — плацебо.

Аналіз ефективності прегабаліну в різних дозах (середня доза — 270 мг/добу) у 177 хворих похилого віку з ГТР (> 65 років, середній бал за НАМ-А — $27 \pm 4,8$) продемонстрував його значну перевагу над плацебо. Зниження загального бала за НАМ-А у групі прегабаліну становило $12,8 \pm 0,7$, плацебо — $10,7 \pm 0,9$ (Montgomery S. et al., 2008).

Різниця між групами ставала достовірною до кінця 2-го тижня лікування, і прегабалін перевершував плацебо насамперед щодо психічних, але не соматичних симптомів за НАМ-А (-7 та -5,6 відповідно; $p=0,044$).

Проведено вагоме дослідження щодо зміни терапевтичної тактики, коли хворі з ГТР не відповіли на препарати 1-ї лінії. Пацієнтів із ГТР, які відповіли на терапію алпразоламом, рандомізовано на дві групи, в яких отримували прегабалін або плацебо. У групі прегабаліну спостерігали статистично більш значуще зниження загального бала за НАМ-А і рівня вибуття з дослідження порівняно з плацебо (Hadley S.J. et al., 2012).

Про швидкість настання клінічно значущого ефекту прегабаліну при ГТР свідчать результати великого плацебо-контрольованого дослідження: прегабалін вже до 4-го дня терапії перевершував венлафаксин і плацебо щодо редукції симптоматики (Kasper S. et al., 2009). Показано, що клінічне поліпшення протягом перших 2 тиж лікування прегабаліном підвищує імовірність клінічної відповіді в 5,3 раза, у той час як лише $\frac{1}{4}$ хворих, в яких до кінця 2-го тижня не було позитивних зрушень у самопочутті, відповіли на терапію прегабаліном надалі (Baldwin D.S. et al., 2012).

Метааналіз рандомізованих контрольованих досліджень не виявив різницю між дозами прегабаліну в діапазоні 200–600 мг/добу, хоча доза 150 мг асоціюється з повільнішим початком дії препарату (Vech P., 2007). В одному дослідженні порівнювали нижчу (150 мг) і вищу (200–600 мг) дози прегабаліну. Виявлено, що 150 мг прегабаліну статистично достовірно не перевищували плацебо, за винятком пункту «Інсомнія», у той час як підвищення дози до 300–600 мг/добу не корелювало зі збільшенням рівня відповіді. Ймовірно, прегабалін досягає плато в дозі 300 мг/добу і подальше підвищення дози може бути недоцільним (Lydiard R.B. et al., 2010).

Крім впливу на основні симптоми ГТР, прегабалін здатний редукувати симптоматику коморбідних депресивних станів легкого та середнього ступеня тяжкості (Stein D.J. et al., 2008). Більше того, наступний вторинний (post-hoc) аналіз більш тяжких депресивних станів (НАМ-D ≥ 15) дозволив зробити висновок, що прегабалін у дозі 150–600 мг/добу ефективний при депресивних синдромах різного ступеня тяжкості (від легких до тяжких). Порівняння прегабаліну

(300–600 мг/добу) і венлафаксину (75–225 мг/добу) при ГТР показало, що обидва препарати статистично достовірно ($p=0,018$) перевершували плацебо щодо редукції загального бала за шкалою Гамільтона для оцінки депресій (Kasper S. et al., 2009).

Низка досліджень свідчить про здатність прегабаліну діяти одночасно на соматичні й психічні симптоми тривоги. Зокрема результати зведеного аналізу свідчать про те, що прегабалін покращує показники шести із семи психічних симптомів (за винятком когнітивних порушень) і всіх семи соматичних пунктів шкали НАМ-А. Вторинний аналіз клінічних даних свідчить про те, що прегабалін ефективний щодо зниження тяжкості кардіоваскулярних, респіраторних, м'язових і гастроінтестинальних симптомів у структурі ГТР (Lydiard R.V. et al., 2010).

Багато пацієнтів із ТР часто скаржаться на безсоння та інші порушення сну. Аналіз клінічних даних показав, що 54% пацієнтів, які відзначають на початку лікування інсомнію середнього і тяжкого ступеня, відзначили суттєве поліпшення сну при прийомі прегабаліну в дозі 300–600 мг/добу (Montgomery S.A. et al., 2006). Прегабалін виявився ефективнішим за плацебо і венлафаксин щодо редукції інсомнії у пацієнтів як молодого, так і літнього віку (Pande A.C. et al., 2003; Montgomery S. et al., 2008).

Побічні ефекти, пов'язані з прийомом прегабаліну при ГТР, у більшості робіт оцінюють як легкі. Найчастіші побічні ефекти — сонливість (9,1–50% у групі прегабаліну і 2,3–14% — плацебо), запаморочення (10–49 і 5,8–50% відповідно), сухість у роті (4,5–27 і 2–10,4% відповідно) і головний біль (7,2–21,4 і 9–13% відповідно) (Bandelow V. et al., 2007). Запаморочення визначали у 20,3%, сонливість — у 13% пацієнтів літнього віку (Montgomery S. et al., 2008; Kasper S. et al., 2009). Інтенсивність і частота побічних ефектів у більшості випадків залежать від дози препарату (Tassone D.M. et al., 2007), відзначаються переважно протягом 1-го тижня лікування й істотно зменшуються до 3-го тижня терапії. Значну прибавку маси тіла ($\geq 7\%$) визначають лише у 4% хворих, які застосовують прегабалін (Baldwin D.S., Ajel K., 2007), частіше у тих, хто приймав дозу >300 мг (Ogawa S. et al., 2012). Огляд 42 випадків передозування прегабаліном свідчить про те, що серйозні ускладнення відзначають рідко (Sjoberg G., Feychting K., 2010).

Швидке припинення прийому прегабаліну (особливо у високих дозах) може супроводжуватися синдромом відміни і проявлятися посиленням тривоги, неспокою, дратівливості, нервозності, інсомнії та рецидиву основних симптомів ГТР (Tassone D.M. et al., 2007). Водночас прегабалін супроводжується значно нижчим ризиком розвитку синдрому відміни, ніж лоразепам (Pande A.C. et al., 2003). Більше того, у літературі є дані про доцільність застосування прегабаліну для полегшення прояву синдрому відміни бензодіазепінів (Oulis P. et al., 2008; Hadley S.J. et al., 2012). Так, показано, що 51,4% пацієнтів, які приймали прегабалін після поступової відміни бензодіазепінів, у подальшому вдалося повністю позбутися від їх прийому (у групі плацебо цей показник становив 37%). Встановлено, що прийом прегабаліну може полегшити прояв алкогольного абстинентного синдрому і сприяє подовженню періоду утримання від алкоголю (Guglielmo R. et al., 2012).

Вторинний аналіз клінічних досліджень свідчить про переваги застосування прегабаліну над СІЗЗС і СІЗЗСН щодо економічної ефективності у пацієнтів із ГТР, рефрактерних до прийому бензодіазепінів. Крім того, в ході 6-місячного дослідження пацієнтів із хронічним ГТР показано, що застосування прегабаліну економічно вигідніше, ніж будь-якого антидепресанта чи бензодіазепіну (De Salas-Cansado M. et al., 2012).

Висновки

ТР часто поєднуються із соматичними захворюваннями. Соматичні прояви тривоги можуть маскувати наявність соматичної хвороби, що утруднює її ранню діагностику. Клінічні прояви соматичних порушень можуть бути подібними до соматичних симптомів тривоги, маскуючи вже ТР, погіршуючи загальний перебіг хворобливого стану і якість життя пацієнта.

Алгоритм діагностики ТР має ґрунтуватися на психосоматичному підході й передбачати оцінку дистресу, соматизації, депресії, а також психічних та соматичних симптомів тривоги за відповідними методиками.

СІЗЗС, СІЗЗСН і прегабалін є препаратами першого вибору при лікуванні ТР. Саме прегабалін доцільно застосовувати як терапію 1-ї лінії у пацієнтів із інтелектуальною недостатністю.

Проте багато пацієнтів не відповідають на препарати 1-ї лінії

або у них виникають побічні ефекти, які зменшують комплаєнс і підвищують ризик рецидиву. Ще однією проблемою в лікуванні є терапевтична резистентність. Прегабалін має відмінний від інших психотропних засобів механізм дії (пригнічує нейрональні кальцієві канали) і довів ефективність у рамках гострої та протирецидивної терапії осіб з ТР, у тому числі в монотерапії. Він сприяє зниженню тяжкості соматичних і психічних симптомів тривоги, поліпшенню сну і редукції супутніх депресивних станів. Також до його переваг (порівняно з антидепресантами) можна віднести швидкість настання ефекту, відсутність сексуальних порушень і значущих взаємодій з іншими лікарськими препаратами (Baldwin D.S. et al., 2013). Крім того, прегабалін можна застосовувати як препарат 2-ї лінії терапії ГТР при недостатній ефективності СІЗЗС або СІЗЗСН: або разом із антидепресантом, або після його відміни. Доза прегабаліну, схвалена для лікування при ГТР, становить 150–600 мг/добу. При призначенні прегабаліну слід пам'ятати про можливий ризик синдрому відміни і розвитку залежності в осіб із зловживанням психоактивними речовинами в анамнезі.

З урахуванням позитивного впливу прегабаліну на сон, соматичні компоненти тривоги й больовий синдром його можна рекомендувати до широкого застосування у пацієнтів із тривогою у загальномедичній практиці.

РОЗДІЛ 2. ВІД ТРАДИЦІЙНОЇ ПСИХОСОМАТИКИ ДО ПСИХОЛОГІЇ ТІЛЕСНОСТІ

Мишель ФУКО

ТЕЛО

(Фуко М. Забота о себе. - М., 1998. С. 109-155)

Давно замечено, насколько велико было во времена Флавиев и Антонинов внимание ко всему, что связано с целительством. Все признавали медицину общественно значимой практикой и видели в ней видели одну из высших форм культуры, наряду с риторикой и философией. Как подчеркивал Боверсок, увлечение медициной сопровождало развитию второй софистики, и многие известные риторы получили медицинское образование или выказывали интерес к этой дисциплине. При этом очень рано было установлено родство философии с медициной, а их разграничение порождало теоретические проблемы и приводило к соперничеству в разделе сфер деятельности. С первых же строк "Наставлений о здоровье" мы сталкиваемся с отголоском этих дискуссий: врач, говорит Плутарх, заблуждается, если думает, будто сможет пренебречь философией; равно будет ошибкой ставить в упрек философу то, что он, выходя за отведенные ему пределы, обращается к вопросу о здоровье и поддерживающих его режимов. Поистине, заключает Плутарх, медицина ни в чем не уступает свободным искусствам, когда речь заходит об изяществе, изысканности, способности доставлять удовольствие: тем, кто ее изучает, она дает доступ к очень важным познаниям, касающимся благополучия и здоровья.

Подобным образом истолкованная, медицина уже не считалась просто техникой вмешательства, прибегающей в случае болезни к лекарствам или операциям. Она призвана была также в виде корпуса знаний и правил определять образ жизни, способ осмысленного отношения к себе, к своему телу, питанию, сну и бодрствованию, к различным формам деятельности и вообще ко всему, что окружает человека. Предлагая режимы, медицина предлагала добровольно избираемую и рационально обоснованную структуру поведения. Один из пунктов дискуссии касался форм и степени зависимости

такой медицински оснащенной жизни от авторитета медиков. Полное подчинение пациента врачу, предусматривающему каждую деталь его существования, выступало объектом критики в той же мере, что и попытки руководства душой, практикуемого философами. И Цельс, при всей своей убежденности в высокой рациональной ценности медицины, предписывающей режимы, не советовал тому, кто пребывает в добром здравии, прибегать к помощи врача. Такого рода "автономию" и должна была обеспечивать литература о режимах. Именно для того, чтобы избежать слишком частых консультаций - не всегда возможных, а порой и нежелательных, - нужно самому вооружиться медицинским учением, которое постоянно будет под рукой. Таков совет Атеней: приобрести в молодости запас знаний, достаточный для того, чтобы всю жизнь быть самому себе советчиком в повседневных делах здоровья: "Каждому полезно, более того, необходимо освоить в числе изучаемых предметов и различных наук также и медицину, и придерживаться предписаний этого искусства, дабы всегда иметь возможность помочь самому себе надежным советом в делах здоровья, ибо в действительности нет и мгновения, что днем, что ночью, когда бы не было нужды в медицине: прогуливаемся мы или же сидим, умащаем свое тело или берем ванну, едим или пьем, спим или бодрствуем, - одним словом, во всех действиях, совершаемых на протяжении жизни, среди всевозможных занятий нам необходимы советы о том, как жить с пользой и без нежелательных последствий; но ведь утомительно, да и невозможно, всякий раз обращаться к врачу касательно каждой мелочи". Здесь легко узнать один из главных принципов практики себя: быть во всеоружии, всегда иметь наготове некий "дискурс-подспорье", заранее изученный, часто повторяемый и служащий предметом постоянных размышлений. Медицинский логос - один из таких дискурсов, во всякое мгновение подсказывающий правильный "способ жизни".

Разумное существование не может обойтись без "практики здоровья", которая составляет в известном смысле постоянный каркас повседневности, позволяющий в каждый момент узнать, что и как следует делать, и предусматривает своего рода медицинское восприятие мира, по крайней мере, жизненного пространства и обстоятельств жизни. Элементы среды воспринимаются как носители позитивных или негативных для здоровья следствий; между

индивидуумом и тем, что его окружает, предполагается наличие поля взаимодействий, в силу чего определенные "диспозиции", события или перемены в положении вещей, оказываются чреватые вредоносными физическими эффектами, а с другой стороны, хрупкость телесной конституции в зависимости от стечения обстоятельств может выступать в качестве благоприятного или неблагоприятного свойства. Постоянная и детальная проблематизация окружения, дифференцированная его оценка в отношении к телу и осознание хрупкости тела в отношении окружающего. В качестве примера можно привести предложенный Антиллом анализ различных медицинских "переменных" жилища, его архитектуры, ориентированности и обустройства. Каждый элемент наделен здесь определенным диетическим или терапевтическим смыслом: дом - это ряд отгороженных друг от друга помещений, вредных или благоприятных с точки зрения тех или иных возможных болезней. Комнаты в нижнем этаже хороши для страдающих острыми заболеваниями, кровохарканьем и головными болями, верхние комнаты благоприятны для болезней слизистой; покои, расположенные с южной стороны, подходят всем, кроме страдающих простудой, выходящие же на запад неблагоприятны, поскольку по утрам в них человеком овладевает уныние, а по вечерам - головные боли; стены, беленные известью, слишком слепят; крашеные вызывают кошмары у одержимых лихорадочным бредом; каменные чрезмерно холодны, кирпичные же - наилучшие.

Различные моменты времени - день, пора года, эпоха - с этой точки зрения также являются носителями тех или иных медицинских значений. Тщательно разработанный режим обязательно включает в себя строгое, составленное в соответствии с календарем расписание всех тех забот, которые надлежит уделить самому себе. Вот рекомендации Атенея тем, кто желает безбоязненно встретить зиму: и на улице и в доме следует искать укрытые и теплые места, носить платье, сшитое из плотной ткани, и дышать, "прикрывая рот какой-либо частью одежды". Что до пищи, то выбирать лучше ту, которая "сможет разогреть члены тела и растопить жидкости, застывшие и загустевшие от холода. Из напитков же предпочтительно употреблять меды, вина медовые и белые, старые и душистые, - в общем, субстанции, способные вытягивать избыточную влагу, при этом количество напитков нужно сократить; чтобы сухую пищу легко было

готовить, она должна прежде хорошо перебродить, провариться, быть чистой и обильно смешанной с укропом и травой амми. Из овощей полезно употреблять капусту, спаржу, лук-порей, вареный сладкий лук и отварной хрен; из рыбы ту, что водится в горных речках, поскольку она хорошо усваивается; из мяса - домашнюю птицу, а помимо того мясо козленка и молодую свинину; из соусов же приготовленные с перцем, горчицей, сурепкой, гароном и уксусом". Рекомендованы интенсивные физические упражнения, надлежит также практиковать задержку дыхания, сильные растирания, особенно самомассаж у источника огня. Хороши еще горячие ванны, которые принимают в бассейне или небольшой купальне и тому подобные средства. Летний режим расписан не менее скрупулезно.

Такая озабоченность окружающей средой, местом и временем предполагает постоянное внимание к самому себе, к своему самочувствию, к состоянию, в котором пребываешь, и поступкам, которые совершаешь. Обращаясь к категории людей, считавшихся особенно "слабыми", - к горожанам, прежде всего, "занимающимся наукой", - Цельс предписывает им "тщательное наблюдение за своим здоровьем": "Тот, у кого желудок переварил хорошо, может смело вставать рано; тот, у кого желудок действовал недостаточно, должен оставаться в постели, а если он был вынужден подняться рано, то снова лечь спать; тот, у кого совсем не было кишечного отправления, пусть предается полному покою и не помышляет ни о работе, ни о гимнастике, ни о делах. Не мешает заметить, что человек здоров, когда ежедневно по утрам моча светлая, а позже красноватая: первое свидетельствует о происходящем пищеварении, а второе о том, что оно завершилось. Тот, кто днем занят домашними или общественными делами, должен находить время для ухода за своим здоровьем. Первым врачебным средством является занятие гимнастикой. В качестве упражнений подходят: громкое чтение, упражнения с оружием, игра в мяч, бег, прогулка. Полезнее, когда гуляют не по ровной местности, так как подъем и спуск заставляют тело делать различные движения, однако при условии, что человек не слишком слаб. Лучше гулять под открытым небом, чем под портиком; лучше на солнце, если голова допускает это, чем в тени; лучше в тени, падающей от дерева и стен, чем в тени под крышей; лучше по прямой дорожке, чем по извилистой. В конце же гимнастических упражнений обыкновенно появляется пот, во всяком случае,

усталость. Хорошо, когда за гимнастикой следует то натирание маслом на солнце или возле огня, то баня, но в высоком, светлом и просторном помещении".

В общем, все эти "диетические" темы довольно долго продолжали существовать и по завершении классической эпохи; общие принципы, как мы видим, оставались неизменными, при этом они развивались, детализировались и оттачивались, вводя жизнь во все более тесные рамки и понуждая тех, кто готов был им следовать, выказывать все возрастающий интерес к телесному. Описания повседневной жизни, встречающиеся в письмах Сенеки или в переписке Марком Аврелием с Фронтоном, свидетельствуют о такого рода внимании к себе и своему телу. Скорее интенсификация, нежели радикальный переворот, скорее нарастающее беспокойство о теле, нежели его дисквалификация, скорее модификация шкалы элементов, на которые направлено внимание, нежели смена способа восприятия себя как физического индивидуума... В контексте этой целостности, столь определенно отмеченной ростом озабоченности телом, здоровьем, внешней средой и обстоятельствами, медицина ставит вопрос о сексуальных удовольствиях, их природе и механизме, позитивном или негативном значении для организма, а также о режиме, которому их следует подчинить.

ГАЛЕН

1. Свой анализ *aphrodisia** /* Фуко применяет ключевой для себя греческий термин - *aphrodisia*: "дела Афродиты", "любовные утехы", "наслаждения" - без перевода, специально различив его с понятиями "сексуальность" и "плоть"/ Гален осуществляет в рамках древней тематики взаимосвязей смерти с бессмертием и размножением; для него, как и для всей философской традиции, необходимость разделения полов, интенсивность их взаимного влечения и возможность воспроизведения коренится в отсутствии вечности ("бессмертия"). Таково общее объяснение, приведенное в трактате "О назначении частей человеческого тела". Природа, выполняя свой "урок", столкнулась с некоей помехой, препятствующей осуществлению замысла. Предметом ее забот, ее "желанием" было создание бессмертного произведения, но материя, из которой она творила, не позволила достичь этой цели: из артерий, вен нервов, костей и мяса нельзя создать существо, "неподверженное порче". В

самой сердцевине демиургического творения Гален выделяет внутренний порог, нечто в роде "тупика", обусловленного неизбежным несоответствием проекта бессмертия используемому тленному материалу. Логос, "устроивший" естественный порядок, попал в ситуацию, сродни положению строителя города: можно собрать людей в общину, но она распадется и погибнет, если не сумеет обеспечить свое существование после смерти первых граждан. Необходимо найти способ преодолеть это фундаментальное препятствие. Словарь Галена отличается выразительностью столь же, сколь и значительностью, поэтому-то речь здесь идет о том, что для спасения и защиты рода нужно получить помощь, - найти средство, применить искусство, воспользоваться уловкой - короче говоря, изобрести нечто мудреное, какое-то ухищрение, софизм. Дабы благополучно привести свой труд к логическому завершению, демиург, создавая живые существа и наделяя их способностью к порождению потомства, вынужден был прибегнуть к хитрости, - хитрости правящего миром логоса, призванной преодолеть неизбежную тленность материи, из которой сотворен и сам этот мир.

Эта хитрость возникает из игры трех элементов. Прежде всего, речь идет о детородных органах, которые даны каждому животному. Затем - о способности испытывать сильнейшее и живое удовольствие. Наконец, о присущей душе страсти, или "желании" использовать эти органы, - желаний удивительном и невыразимом. Следовательно, "софизм" пола заключен не просто в тонкой анатомической организации, равно как и не только в работе тщательно упорядоченных механизмов, но также и в их ассоциации с удовольствием и страстью, исключительная сила которых не поддается описанию. Таким образом, для того, чтобы преодолеть неизбежное несоответствие между своим замыслом и естественными свойствами наличного материала, природа вынуждена была поместить в тело и в душу живого существа начало некоей силы.

Стало быть, мудрость демиургического начала в том и заключалась, что хорошо зная субстанцию своего творения, и, следовательно, его пределы, оно изобрело этот механизм возбуждения, это "жало" страсти (Гален использует здесь традиционный образ, метафорически обозначавший неконтролируемую силу "яростного" вожделения), под воздействием которого даже те живые существа, что, по причине ли своей

незрелости, по причине ли неразумия или же по причине несознательности, не в состоянии понять, в чем состоит истинная цель природной мудрости, вынуждены осуществлять ее на деле. Благодаря своей исключительной остроте, aphrodisia представляют собой основание такого рода, что тот, чьи действия обусловлены им, уже не нуждается более в каком-либо знании о них.

2. Галенова физиология полового акта еще сохраняет некоторые фундаментальные особенности, свойственные предшествующим традициям.

Прежде всего, это изоморфизм протекания такого рода актов у мужчины и у женщины. Гален обосновывает его, опираясь на принцип идентичности анатомического аппарата обоих полов: "Выверни наружу органы женщины или выверни и сложи внутрь таковые мужчины, и ты увидишь, что они совершенно сходны друг с другом". Он допускает испускание семени у женщины, подобно тому, как это происходит у мужчины, с той только разницей, что здесь выработка данного "гумора" не отличается завершенностью и совершенством, - чем и объясняется подчиненная и второстепенная роль женщин в формировании плода.

Мы находим у Галена также и традиционную модель пароксизма семявыделения, охватывающего все тело, сотрясающего и истощающего его. Впрочем, анализ этого феномена, который Гален осуществляет в терминах своего физиологического учения, заслуживает более пристального внимания, поскольку движется сразу в двух направлениях: с одной стороны, исследует очень тесную связь механизмов полового акта с организмом, взятым в его целостности, и, одновременно, рассматривает половой акт как процесс, затрагивающий здоровье и, в пределе, даже самую жизнь индивидуума. Помещая акт в непрерывный и плотный физиологический контекст, Гален наделяет его высокой степенью потенциальной опасности.

Это предельно ясно проявляется в том, что можно назвать "физиологизацией" желания и удовольствия. Глава 9 книги XIV трактата "О назначении частей человеческого тела" отвечает на вопрос: "Почему такое острое наслаждение связано с деятельностью половых органов?". Для начала, Гален отвергает представление о том, что сила и интенсивность желания могут быть по воле богов-творцов связаны с половым актом просто как его мотивация, внушенная

людям, дабы побудить их к совокуплению. Гален не отрицает, что демиургическое могущество устроило все таким образом, что в половом акте присутствует увлекающая нас страстность: он хочет сказать только, что страсть не добавлена душе как некий придаток, но с полным основанием может рассматриваться как следствие функционирования механизмов тела. Желание и удовольствие являются прямыми следствиями анатомического строения и физических процессов. Конечная цель - смена одних поколений другими - достижима, благодаря решению сугубо материальной задачи и упорядоченности организма: "Если это вожделение и это наслаждение существуют у живых существ, то это не только оттого, что боги - создатели человека - пожелали внушить ему страстное желание полового акта или связать с его выполнением сильное наслаждение, но потому, что они расположили материю и органы, чтобы достичь этих результатов". Желание - это не просто душевный аффект, а удовольствие - не дополнительная награда. Они суть следствия давления и внезапного извержения. За действием этого механизма согласно Галену стоит целый ряд факторов, порождающих наслаждение, и прежде всего, аккумуляция "разогретых серозных жидкостей", природа которых такова, что они способны вызывать острые ощущения в местах своего сосредоточения: "Происходит нечто, подобное тому, что часто случается вследствие скопления под кожей едкой жидкости, движение которой вызывает щекотку и приятный зуд". Следует также принимать во внимание и теплоту, особенно ощутимую в нижней части тела, главным образом в правой половине живота, по причине близости печени и множества отходящих от нее сосудов. Такая неравномерность распространения теплоты объясняет, почему мальчики формируются чаще в правой части матки, а девочки - в левой. Этим объясняется также и то обстоятельство, что органы, расположенные справа, лучше приспособлены к тому, чтобы стать вместилищем острого удовольствия. В любом случае, природа наделила органы этой области исключительной чувствительностью, намного превышающей чувствительность кожи, хотя их функции тождественны. Наконец, жидкость, гораздо более разреженная ("жидкая"), исходящая из железистых glandулярных тел, представляет собой еще один материальный фактор наслаждения: насыщая органы, участвующие в половом акте, она размягчает их, делает более податливыми и

усиливает испытываемое удовольствие. Таким образом, есть особый анатомический аппарат и физиологическое устройство, с помощью которых тело и соответствующие его механизмы получают удовольствие исключительной силы, чрезмерное и неистовое.

Но если формирование удовольствия так хорошо закреплено и локализовано, очевидно, что за счет элементов, которые половой акт вводит в игру, и последствий, которые он за собой влечет, в действие включается все тело. Гален не разделяет гиппократическое представление автора "De generatione" о том, что сперма образуется в результате волнения крови, и не считает вслед за Аристотелем, что она представляет собой итог процесса пищеварения. Он видит в ней соединение двух элементов: с одной стороны, это продукт определенного "проваривания" крови в семенных канальцах (именно такая медленная выработка постепенно придает ей цвет и консистенцию), с другой стороны, в ней отмечается наличие пневмы, из-за которой и набухают половые органы: стремясь покинуть тело, она в момент эякуляции сливается с семенем. Однако возникает эта пневма в сложном лабиринте мозга. Таким образом, осуществляясь и тем самым выводя из организма сперму и пневму, половой акт воздействует на общую механику тела, все элементы которой связаны, "как в хоре". Когда же вследствие "чрезмерности в делах Венеры" происходит извержение семени, - утверждает, по свидетельству Орибасия, Гален, - тестикулы вытягивают из пронизывающих их вен находящуюся в них семенную жидкость, "которая содержится там малым числом, соседствуя с кровью, подобно росе"; вены, "в одночасье лишены этой жидкости тестикулами, действующими более живо и энергично, нежели они сами, в свою очередь вытягивают ее из вен, расположенных еще выше, те же тянут ее из вен, которые идут после них, а эти последние - из тех, что к ним примыкают; и такое вытягивание не прекращается до тех пор, пока перераспределение не распространится на все части тела". Однако если подобный расход спермы будет продолжаться, тело не просто напрочь лишится своей семенной жидкости, но и окажется, "что из всех частей живого существа похищено их жизненное дыхание".

3. Отсюда, по мнению Галена, следует, что между половым актом и такими феноменами, как эпилепсия или конвульсии, существует целая система связей, - отношения родства, аналогии и причинности.

По своему механизму половой акт принадлежит к большому

семейству конвульсий, теория которого разработана в трактате "О пораженных местах". В нем Гален рассматривает конвульсию как процесс, природа которого сродни природе любого иного произвольного движения; разница заключается в том, что сокращение, вызываемое действием нерва на мускул, имеет своим началом не волю, но определенное состояние сухости, вытягивающей нервы, как веревку, оставленную на солнце, или тучности, которая, раздувая нервы, приводит к их сокращению и чрезмерному натяжению мышц. Именно механизм последнего типа сближает собственно спазм как таковой с половым актом.

В рамках этого большого семейства конвульсий Гален устанавливает особую аналогию между эпилепсией и половым актом. По его мнению, эпилепсия порождается гиперемией мозга, когда прилив густой жидкости закупоривает каналы, выходящие из желудочков, в которых заключена пневма. Последняя подвергается сжатию и пытается высвободиться, подобно тому, как она это делала, скапливаясь вместе со спермой в тестикулах. Именно эти ее попытки являются причиной возбуждения нервов и мускулов, различные стадии которого можно описать, наблюдая эпилептические припадки или *aphrodisia*.

Наконец, между *aphrodisia* и приступами конвульсий существуют причинные связи, направленные как в ту, так и в другую сторону. Так, эпилептическая конвульсия чревата спазмом половых органов: "Тяжелые случаи эпилепсии, - говорит Гален, - и болезнь, называемая гонореей, могут уяснить тебе, как сильно содействует извержению спермы этого рода спазм, сопровождающий половой акт. При тяжелых случаях эпилепсии, когда все тело и вместе с ним половые части сводят сильнейшие судороги, происходит извержение спермы". С другой стороны, злоупотребление сексуальными удовольствиями в ненадлежащее время, вызывающее прогрессирующее иссушение и усиливающееся напряжение нервов, может привести к болезням типа конвульсий.

В грандиозном здании Галеновой теории *aphrodisia* рассматриваются в трех последовательно планах. Прежде всего, они прочно укоренены в порядке демиургического провидения, будучи задуманы и использованы применительно к тем ситуациям, где творческая мудрость создателя пришла на помощь собственной же мощи, дабы преодолеть ограничения, налагаемые на нее смертью.

При этом они вовлечены в игру сложных постоянных взаимодействий с телом, как за счет строгой анатомической локализации их протекания, так и в силу последствий, которые возникают в общем балансе пневмы, обеспечивающей целостность тела. Наконец, они входят в широкое поле родства с рядом болезней, которые связаны с ними отношениями аналогии и причинно-следственными связями. В своем анализе Гален намечает путь от космологии размножения к патологии спазматических выделений и, отталкиваясь от природных оснований *aphrodisia*, исследует опасные механизмы, которые составляют их внутреннюю природу и роднят со страшными недугами.

ХОРОШИ ОНИ ИЛИ ПЛОХИ?

Такая двусмысленность медицинского взгляда на сексуальные удовольствия присуща не одному Галену, хотя здесь она нашла самое определенное выражение. Ею пронизано большинство дошедших до нас медицинских текстов I и II вв. Впрочем, говорить следует, скорее, о двойственности, нежели о двусмысленности, поскольку речь идет о пересечении двух антитетических оценок.

Позитивную оценку получает прежде всего семя, сперма - драгоценная субстанция, для создания которой природа прибегла к стольким предосторожностям, воплощенным в устройстве человеческого тела: она сосредоточила в себе всю силу жизни, чтобы передать ее нам и тем самым спасти от смерти; достигая у мужчины полной мощи и высшей степени совершенства, она обеспечивает его превосходство. В ней заключен залог "здоровья, бодрости тела и духа, способности к деторождению". Превосходство самца состоит в том, что он есть семенное животное по преимуществу. Столь же высоко оценен и акт, ради которого была проявлена такая забота к устройению органов обоих полов. Сексуальная связь - вещь естественная, в ней нельзя видеть зло. Руф Эфесский лишь выразил общее мнение, когда сказал, что совокупление - это акт природный и, следовательно, не может принести вред сам по себе.

Но как возможность, как принцип он все же удостоивался именно такой оценки, - постольку, поскольку предполагалось, что его осуществление чревато определенной опасностью расточения той субстанции, сама аккумуляция которой побуждает к совершению полового акта, позволяющему вытечь всей жизненной силе,

сконцентрированной в семени. Он опасен еще и потому, что само его развитие схоже с болезнью. Аретею принадлежит знаменательное замечание: половой акт, утверждает он, "кажется неким подобием" падучей. Целий Аврелиан, шаг за шагом сравнивая течение полового акта и эпилептического припадка, находил в обоих случаях одни и те же фазы: "Напряжение мышц, прерывистое дыхание, выделение пота, закатывание глаз, покраснение лица, затем побледнение и, наконец, расслабление во всем теле...". Таковы парадоксы сексуального удовольствия: и высокая цель, поставленная перед ним природой, и ценность субстанции, которую с его помощью надлежит передавать, тем самым, растрачивая, - все эти факторы и уподобляют его заболеванию. Врачи I и II вв. не первыми и не последними отмечали эту двойственность. Но отталкиваясь от нее, они описали разработали патологию гораздо более развитую, сложную и систематическую, нежели те, что были известны в прошлом.

1. Сама патология сексуальной деятельности строилась вокруг двух элементов, которыми обычно характеризовали опасности полового акта: непроизвольная сила напряжения и неограниченный истощающий расход.

С одной стороны, известна болезнь, заключающаяся в постоянном возбуждении, которое задерживает акт, продлевая до бесконечности действие механизма возбуждения. В мужской версии такого рода заболевания, именуемого сатириазом, или приапизмом, все механизмы подготовки полового акта и эякуляции (напряжение, возбуждение и повышение температуры), включаются одновременно и действуют безостановочно, независимо от того, произошло извержение семени или же нет: это половой эретизм, который не знает разрешения. Больного все время сотрясают конвульсии, переходящие в острые припадки, весьма напоминающие эпилептические. Описание Аретея может служить примером и свидетельством того, как воспринимали этот странный недуг, при котором половой акт, не связанный временными или какими-либо иными ограничениями, был в известном смысле предоставлен самому себе, - его конвульсивная эпилептическая природа предстает здесь в неприкрытом виде: "Эта болезнь заключается в напряжении полового члена. Такого рода недуг представляет собой ненасытное вожделение, жажду соития, которую не в силах утолить даже удовлетворение страсти, поскольку эрекция продолжается и после бесчисленного

множества наслаждений, все нервы сводит судорога, сухожилия, пах и промежность растягиваются, а половые органы воспалены и болезнены". Непрерывность такого состояния лишь подчеркивают приступы: больные тогда не ведают "ни стыда, ни удержу в своих речах и поступках; их рвет, губы покрываются пеной, точно у ярого козла, и запах от них такой же"; они впадают в безумие, и сознание не возвращается к ним, пока не закончится пароксизм. Гален более сдержанно описывает сатириаз в трактате "О пораженных местах". "Приапизм - это общее увеличение полового члена в окружности и длине без наступления полового возбуждения и увеличения естественной температуры, как то бывает у иных людей, когда они лежат на спине. Можно сказать еще, что это постоянное увеличение члена". Причина недуга, согласно Галену, коренится в механизмах эрекции, поэтому ее нужно искать в "растяжении устья артерий" или в "производстве пневмы в нерве". Сам Гален, принимая обе причины и признавая их обоюдную роль в порождении симптомов, более склонен винить расширение артерий, - по его мнению, распространенное шире, нежели явление пневмы "в кавернозном нерве". Этот вид болезни встречается либо у того, кто "имеет много спермы" и, против обыкновения, "воздерживается" от соития до тех пор, пока он не изыщет какой-нибудь способ "истратить избыток крови в разнообразных занятиях", либо у того, кто, практикуя воздержание, представляет сексуальные удовольствия после определенных зрелищ или вследствие воскрешающих их воспоминаний.

Иногда упоминают и о случаях сатириаза у женщин. Соран усматривает у них симптомы того же типа, выражающиеся в виде "нервного зуда в половых органах". Женщины, страдающие этой болезнью, "испытывают сильнейшую тягу" к совокуплению и теряют всякое понятие о стыде". Но, несомненно, нагляднее всего болезни, вызываемые у женщин чрезмерным напряжением половых органов, представляет истерия. Во всяком случае, Гален именно таким образом описывает заболевание, в котором он отказывается видеть смещение матки: изменения, которые заставляют поверить в то, что иссушенный орган поднялся к диафрагме в поисках недостающей влаги, происходят, по его мнению, из-за задержки либо менструального истечения, либо истечения спермы; засорение сосудов приводит к их расширению и, следовательно, к сокращению; в результате, на матку

действует сила натяжения. Но вся совокупность остальных симптомов вызвана не самим этим процессом, - она возникает или по причине удержания вырабатываемых жидкостей, или вследствие задержки менструации, или же, наконец, оттого, что женщина прерывала половые отношения; отсюда и происходит истерия, которую можно наблюдать у вдов, - "особенно, если прежде чем овдоветь они узнали регулярный менструальный цикл, беременели и охотно вступали в близость с мужчиной, а теперь всего этого лишены".

Противоположный полюс патологии составляет неограниченный расход, - то, что греки называли гонореей, а латиняне *seminis effusio*. Гален определяет его так "непроизвольное извержение спермы", или, "выражаясь яснее, частое неосознаваемое семяиспускание, происходящее без эрекции полового члена". Если сатириаз поражает пенис, то гонорея воздействует на сперматические сосуды, парализуя "сдерживающую способность". Аретей обстоятельно описывает ее в "Признаках хронических болезней" как истощение жизненных начал с тройным следствием: общее ослабление, раннее одряхление и "феминизация" тела: "Молодые люди, пораженные этой болезнью, несут на всем теле отпечаток дряхлости и старости; они становятся вялыми, бессильными, боязливыми, скованными, глупыми, согбенными, сутулыми, ни на что не годными, бледными, похожими на женщин, у них исчезает аппетит и пыл, члены их отекают, ноги коченеют, ими овладевает предельная слабость, - словом, они почти совершенно разбиты. Многих эта болезнь приводит даже к параличу, да и как же может не пострадать нервная сила, коль скоро природа ослаблена в своем порождающем начале и в самом истоке жизни? Ведь именно животворное семя делает нас мужественными, храбрыми, крепкими, полными пыла и сил, оно покрывает нас пышным волосом и заставляет наш голос низко звучать, оно позволяет нам мыслить и действовать решительно: таков муж, достигший половой зрелости. Те же, у кого нет этой животворной жидкости, напротив, покрыты морщинами, слабы, тщедушны, лишены бороды и волос на теле, - они подобны женщинам". При гонорее мужественность, само начало жизни, уходит через половой член. Отсюда возникает и ее традиционный образ постыдной болезни, - постыдной, несомненно, прежде всего потому, что к ней зачастую приводят всевозможные сексуальные излишества, однако

постыдность заключена и в ней самой, потому уже, что заболевший ею кажется выхолощенным. Этот недуг неминуемо ведет к смерти: Цельс утверждал, что в короткое время больной гибнет от истощения. И, наконец, болезнь эта считалась губительной не только для страдающего ею, но, согласно Аретею, еще и для его потомства.

2. Устанавливая собственную сферу патологии половых актов, медицина двух первых веков помещала их на перекрестке сложного патогенеза. С одной стороны, развитию и надлежащему завершению полового акта грозит любое нарушение баланса различных факторов, будь то темперамент индивидуума, климат, время дня, потребляемая пища, ее качество и количество. Он настолько уязвим, что малейшее отклонение, самая ничтожная болезнь может стать ему помехой. Как говорил Гален, для того, чтобы предаваться сексуальным удовольствиям, нужно пребывать в строго срединном состоянии, - на своего рода исходном уровне всех возможных органических смущений: "беречься от слишком многого и слишком малого", избегать "усталости, несварения и всего прочего, что может поставить под угрозу здоровье человека".

Но если *aphrodisia* представляют собой деятельность, столь неустойчивую и подверженную внешним воздействиям, то сами они, в свою очередь, оказывают весьма существенное, широкое и продолжительное влияние на весь организм. Перечень болей, недомоганий и болезней, которые могут вызывать "неправильные" сексуальные удовольствия, - будь то нарушения сроков или же меры, - практически нескончаем. "Очевидно, - говорит Гален, - что плотская связь обременительна для груди, легких, головы и нервов". Руф сводит в таблицу последствия злоупотреблений половыми отношениями: здесь и несварение желудка, и ослабление зрения и слуха, и общее ослабление органов чувств, и утрата памяти, и судорожная дрожь, и ломота в суставах, и острые колики в боку, и язвы в полости рта, и зубная боль, и воспаление гортани, и кровохарканье, и болезни мочевого пузыря и почек. Что же до истерии, то Гален здесь сталкивается с возражениями тех, кто не допускает, будто столь многочисленные, обширные и отчетливо выраженные симптомы могут порождаться задержкой и порчей небольшого объема жидкости, застоявшейся в теле из-за прекращения половых отношений. На это Гален отвечает сравнением вредоносной силы испорченной спермы с сильными ядами, которые встречаются в

природе: "Вследствие укуса какого-нибудь ядовитого паука мы наблюдаем, как все тело становится больным, хотя через крошечное отверстие внутрь проникла лишь малая толика яда". Эффект, вызываемый укусом скорпиона, еще поразительней, поскольку ярко выраженные симптомы появляются мгновенно; но "то, что он вводит, когда кусает - это совсем немного, почти ничто, его жало, кажется, даже не имеет острия"; удар электрического ската - еще один пример того, как "малое количество вещества может вызвать большие изменения" вследствие одного-единственного контакта. Гален заключает: "Стало быть, если мы согласимся признать, что заболевания, подобные тем, которые следуют за отравлением ядами, овладевают нами, возникая в нашей же собственной плоти, нет ничего странного в том, что загрязненная, удержанная, испорченная сперма порождает пагубные симптомы в теле, предрасположенном к болезням". Таким образом, органы, жидкости и половые акты составляют, с одной стороны, нечто в роде восприимчивой поверхности, очень чувствительной к тому, что может расстроить организм, и, одновременно, они суть чрезвычайно мощный и активный очаг, способный сообщать всем участкам тела протяженный ряд полиморфных симптомов.

3. Сексуальная активность выступает источником терапевтических эффектов, в той же мере, что и патологических последствий. За счет такой амбивалентности она в одних случаях способна исцелять, в других же, напротив, вызывает болезни; при этом далеко не всегда можно легко определить, к какому результату она приведет в каждом данном случае: все зависит от индивидуального темперамента, а также от конкретных обстоятельств и состояния тела, весьма, впрочем, изменчивого. В целом, обычно соглашались с Гиппократом, учившим, что "соитие - наилучшее средство от болезней, вызванных слизью", а Руф комментирует: "Многие из тех, кто был истощен недугом, восстановили свои силы посредством этих занятий. Одни с их помощью вернули легкое дыхание, прежде затрудненное, другие - утраченный был вкус к пище, а третьи избавились от пагубного ночного истечения семени...". Выведение спермы из тела, - признает он далее, - оказывает благотворное воздействие на душу, если та встревожена и нуждается, как и плоть, в очищении от всего, что ее засоряло: соитие отвлекает от навязчивых идей и смягчает неистовый гнев, вот почему нет другого такого же в высшей степени полезного

лекарства от меланхолии и мизантропии. Гален тоже наделял половые связи способностью производить разного рода целительные эффекты, - как на дух, так и на тело: "Этот акт обращает душу к покою и на самом деле приводит человека меланхолического и буйного в более благоразумное расположение: он умеряет неумный пыл влюбленного, пусть даже тот и пребывает в связи с какой-нибудь женщиной; более того, звери, которые выказывают свирепость, произведя на свет потомство, после совокупления успокаиваются"; факт же воздействия половых отношений на тело Гален обосновывает тем, что вкушивший однажды сексуальной практики мальчик становится "бородатым, большещелым и мужественным", тогда как прежде он был "безбород, мал и женоподобен". Но Гален отмечает, что в зависимости от условий, в которые поставлен субъект полового акта, возможны и другие его последствия, - это уже эффекты совершенно противоположного толка: "Тех, у кого сил немного, соитие приводит в состояние предельной слабости, тогда как тот, чьи силы не истощены, но кто страдает болезнью слизи, ни в коей мере не будет им изнурен". На короткое время "соитие согреет ослабленного человека, но затем сильно его охладит". Еще одно замечание: некоторые с юных лет слабеют после совокупления, иные же, если не совершают его регулярно, чувствуют тяжесть в голове и беспокойство: у них начинается лихорадка, пропадает аппетит и портится пищеварение. Гален описывает даже людей с такими разновидностями темперамента, что истечение спермы приводит у них к болезни или, по меньшей мере, к недомоганию, хотя и удержание ее столь же губительно и вредоносно: "У некоторых людей семя обильное и горячее, чем и обусловлена постоянная потребность в его выделении; однако извергнув сперму, человек, который пребывает в таком состоянии, испытывает слабость в области желудка, изнеможение, вялость и сухость во всем теле, он худеет, у него вваливаются глаза; однако, если во избежание этих несчастий, вызываемых соитием, он решит воздерживаться от половых сношений, его тотчас же начнут мучить головные и желудочные боли, сопровождаемые тошнотой, так что от своего воздержания он не получит сколько-нибудь заметного облегчения".

При обсуждении этих позитивных и негативных последствий вокруг некоторых частных вопросов развернулось множество дискуссий. Так, например, касаясь проблемы ночных поллюций, Руф

излагает мнение тех, кто считает истечение семени во сне "не слишком тягостной" потерей; однако, со своей стороны, он не согласен с такой концепцией и обращает внимание читателя на то, что поллюция "еще больше расслабляет тело, и без того уже расслабленное сном". Гален тоже не находит, что претерпевать ночные поллюции из-за воздержания многим лучше, нежели вредные последствия соития. Гораздо серьезнее, несомненно, были споры, которые велись по поводу детских конвульсий и их исчезновения с наступлением половой зрелости. Зачастую родство между эякуляцией и спазмом приводило к тому, что маленьких мальчиков, подверженных конвульсиям, предлагали лечить, приобщая их к опыту сексуальных отношений. Такова, например, была точка зрения Руфа, по мнению которого плотская связь может прекратить эпилепсию и головные боли по достижении половой зрелости. В качестве терапии спазмов у таких детей некоторые врачи рекомендовали снизить возрастной порог сексуальной деятельности. Аретей критиковал этот путь, поскольку он противоречит замыслу природы, назначившей наиболее подходящее время; кроме того, он вызывает или усугубляет недуг, которого хотят избежать; врач, дающий такой совет, "несомненно, не знает, что у природы есть установленное время, когда она сама применяет свои лекарства, производя надлежащие перемены: так, каждому возрасту назначила она соответствующие секрецию для семени, бороды и волос. Какой врач, исходя из этого принципа, способен совершить подобные изменения? Действуя таким образом, скорее спотыкаются о камень, которого пытались избежать: ведь известно, что тот, кто слишком рано начал предаваться плотским утехам, был наказан приступами этой болезни". С наступлением же половой зрелости конвульсии проходят отнюдь не благодаря действию сексуального наслаждения, но вследствие общей трансформации, затрагивающей равновесие и роль жидкостей, присутствующих в теле.

4. Но наиболее значительной, несомненно, была тенденция к закреплению позитивных эффектов сексуальной сдержанности. Правда, как мы знаем, врачи упоминают о расстройствах, связанных с практикой воздержания, но наблюдали их преимущественно у тех, кто привык к частым половым сношениям, прекращение которых привело к резкой смене режима; подобный случай описывал Гален в трактате "О пораженных местах", сообщая о человеке, порвавшем со своими

былыми привычками и отказавшемся от всякой сексуальной активности. Такого рода расстройства встречаются также у лиц, свойства спермы которых превращают семяизвержение в необходимость. Галену приходилось видеть мужчин, вследствие воздержания "отупевших и обленившихся" или же впавших в "беспричинную тоску и уныние". Из этих наблюдений он вывел следующий принцип: "Удержание семени наносит самый ощутимый вред сильным и молодым, для которых естественно изобилие спермы, причем, образуемой из жидкостей, не вполне безупречных; оно губительно для того, кто прежде вел отчасти праздную жизнь и весьма часто вступал в половую связь, а затем внезапно стал практиковать умеренность". Представление о том, что полное сексуальное воздержание вредит организму, не считалось бесспорно установленным и справедливым по отношению к любому человеку; скорее, полагали, что такая вредоносность возникает под действием конкретных обстоятельств, обусловленных состоянием организма либо привычным образом жизни. Разумеется, само по себе, вне иных соображений, целомудрие, сохраняющее в теле субстанцию семени, не могло рассматриваться как зло.

Что касается мужчин, то высокая жизненная ценность, издавна признаваемая за семенной жидкостью, всегда позволяла им приписывать благотворные (в частности, для атлетов) эффекты суровому воздержанию. Даже сегодня еще можно порой встретить ссылки на пример одного из пациентов Галена, который, следуя именно этой модели, решил напрочь отказаться от половой жизни, не подумав, что до сих пор жил совсем иначе и потому реальные результаты подобной сдержанности сказались совершенно иными, нежели он рассчитывал. Аретей, описывая чудесные свойства "животворной жидкости", спермы, - она-де источник мужества, храбрости, пылкости, силы и крепости, благодаря ей голос мужчины становится басовитым, а поступки решительными, - утверждал, что человек умеренный, "хранящий свое семя", именно поэтому станет "крепким, храбрым, отважным настолько, что не побоится помериться силами с самым свирепым зверем". Он приводит в пример атлетов и животных, которые лишь набираются сил, сохраняя свое семя; подобно им, "лица, наиболее сильные от природы, становятся от невоздержанности слабее самых слабых, а самые слабые от воздержанности становятся сильнее самых сильных".

С другой стороны, ценность целомудрия значительно понижалась, коль скоро речь заходила о женщинах, как считалось, социально и физиологически предназначенных вступать в брак и производить потомства. Но Соран в трактате "О женских болезнях" приводит аргументы одного, кажется, весьма важного для его эпохи спора, посвященного преимуществам и недостаткам девственности. Критики целомудрия напоминают о болезнях, вызванных застоявшимися жидкостями, а также возделением, жар которого воздержание погасить не в состоянии. Поборники девственности, напротив, утверждают, что женщинам таким образом удастся избежать тягот беременности; они избавлены от страстей и желаний, потому что им неведомо наслаждение, и сохраняют в себе силу, присущую семени. Со своей стороны, Соран признает, что девственность может иметь и некоторые недостатки, но относит их по преимуществу на счет женщин, которые живут "запертые в храмах" и лишены "полезных занятий". В качестве общего правила он согласен считать неизменное целомудрие благом для обоих полов. Следовательно, в его глазах сексуальная близость не находит себе естественного оправдания заботой о здоровье индивидуума, и лишь обязанность продолжать род людской обуславливает необходимость этой практики: "всеобщий закон природы" обязывает к ней гораздо строже, нежели личный режим.

Разумеется, сексуальную сдержанность никто не вменял в обязанность, а половой акт не считался злом. Но хорошо видно, как в развитии тем, четко сформулированных медицинской и философской мыслью IV в., намечается определенный сдвиг: начинают настойчиво подчеркивать двойственность последствий сексуальной деятельности, шире становится круг ее взаимосвязей с организмом в целом, особо отмечают присущую ей уязвимость и патогенную силу, целомудренное поведение получает более высокую оценку, - и все это касается обоих полов. Когда-то опасности, заключенные в сексуальной практике, осознавались в терминах произвольного насилия и бездумного расхода семени; теперь их описывают, скорее, как эффекты общей непрочности человеческого тела и ненадежности его функционирования.

В этих условиях становится понятным, какое важное место в системе личной жизни отводилось режиму *aphrodisia*. У Руфа есть на сей счет замечательное высказывание, в котором весьма наглядно

увязаны опасности сексуальной практики и фундаментальный принцип заботы о себе: "Тот, кто предается любовным утехам, и, прежде всего, тот, кто забывает при этом об осторожности, должен блюсти себя намного строже, нежели прочие, дабы создать для своего тела условия, наилучшие из возможных, и тем самым уменьшить проистекающий от таковых утех ущерб".

РЕЖИМ УДОВОЛЬСТВИЙ

Итак, сексуальная активность должна быть подчинена режиму в высшей степени осторожному, но, вместе с тем, совершенно отличному от системы предписаний, которая стремится установить "естественную", законную и приемлемую форму подобного рода практики. Примечательно, что в этих режимах по сути дела нет типологии половых актов и почти ничего не сказано о том, какие из них допустимы, а какие предосудительны с точки зрения природы. Руф, например, мимоходом упоминает об отношениях с мальчиками, а также о позах, которые могут принимать партнеры, но для того лишь, чтобы описать их опасность в количественных терминах: они требуют большего расхода энергии, нежели прочие. Заметим, что характер этих режимов не "нормативный", а, скорее, "уступительный". Так, Руф предлагает свой режим, предварительно указав на патогенные последствия сексуальных злоупотреблений и неумеренности, а также сформулировав принцип, согласно которому половые акты вредны не абсолютно и не во всех отношениях: необходимо еще учитывать и уместность акта, и налагаемые на него ограничения, и гигиеническую конституцию того, кто его совершает. К ограничительным моделям можно отнести и совет Галена "не запрещать вовсе плотские связи". Наконец, режимы, зависящие от обстоятельств, требуют особой осмотрительности при определении условий, которые менее всего помешают осуществлению полового акта и, вместе с тем, ослабят его воздействие на равновесие целого. При этом учитываются четыре переменные: время, благоприятное для зачатия, возраст субъекта, пора года или час, индивидуальный темперамент.

1. Режим *aphrodisia* и зачатие. Эта тема вполне традиционна и основана на представлении о том, что доброе потомство может получиться лишь при соблюдении определенных мер предосторожности. Тот, кто зачат в блуде, будет нести на себе его

знак, и не только оттого, что дети походят на родителей, но еще и потому, что им передаются свойства акта, благодаря которому они появились на свет. Достаточно вспомнить хотя бы рекомендации Аристотеля или Платона. Положение о том, что половой акт, нацеленный на продолжение рода, требует особых забот и тщательной подготовки, настойчиво повторяют в своих режимах врачи императорской эпохи. Прежде всего они предписывают обстоятельно подготовиться с тем, чтобы достичь общего состояния тела и духа, способствующего выработке или закреплению у индивидуума качеств, которые должны, пропитав собою семя, проявиться в зародыше; иначе говоря, речь идет о том, что себя надлежит формировать как прообраз будущего ребенка. Очень показательны в этом смысле слова Атеней, цитируемые Орибасием: тот, кто намерен рожать детей, должен расположить душу и тело наилучшим образом, так, чтобы душа была спокойна и полностью избавлена от всякой боли, заботы, утомления или иного недуга, а тело оставалось здоровым и без каких-либо изъянов. Требуется и непосредственная подготовка: некоторое воздержание, позволяющее сперме скопиться и войти в силу, а вожделению приобрести должную страстность (из-за слишком частых соитий семя не успевает проявить всю свою мощь); весьма строгая диета, избегающая очень горячей и жидкой пищи (простой легкий завтрак, "не изобилующий разносолами" призван "возбудить пыл, обязательный в делах любви") и предотвращающая опасность несварения желудка или опьянения, - в целом, рекомендуется общее физическое очищение, благодаря которому тело достигнет покоя, необходимого для осуществления полового акта: так "хлебопашец засекает свое поле после того, как очистит его от сорной травы". Соран, дающий эти советы, не согласен с тем, что для хорошего зачатия нужно дожидаться полнолуния; главное, утверждает он, выбрать "время, когда индивидуум пребывает в полном здравии", причем, как с точки зрения физиологии (вредоносные жидкости, заключенные в теле, могут помешать семени достичь дна матки), так и с точки зрения морали (эмбрион проникается состоянием родителя).

Разумеется, наиболее благоприятное время есть и в женском цикле. Согласно уже тогда очень древней метафоре (которой будет уготована долгая жизнь в христианскую эпоху), "не всякая пора года пригодна, чтобы возвращать семена, подобно тому, как не всякое

время благоприятствует семени, посеянному во влагалище при зачатии". Момент, подходящий для соития, полагает Соран, наступает тотчас вслед за менструацией. Его аргументация опирается на "метафору поглощения", впрочем, не им изобретенную: алчущая матка пожирает пищу, питая себя кровью (в обычные дни) или же спермой (это и есть оплодотворение). Чтобы привести к зачатию, половой акт должен учесть этот "режим питания" и попасть ему "в такт". Таким образом, благоприятный для оплодотворения момент приходится не на канун регул, - поскольку "матка, полная крови, подобна желудку, наполненному пищей, который склонен отвергнуть отягощающие его излишки, изbleвав все, что было поглотил"; и не на период менструальных выделений, представляющих собой нечто в роде естественной рвоты с возможными включениями спермы; когда же выделения прекратятся вовсе, матка, иссушенная и охлажденная, будет уже не в состоянии впитывать семя. Благоприятным оказывается время, когда "истечения только что прошли", но матка, все еще пропитанная кровью и исполненная тепла, "разбухает от жадного желания принять в себя сперму". Эта жажда, всякий раз вновь охватывающая тело после его очищения, порождает у женщины вожделение, которое и приводит ее к половой близости.

Но это еще не все. Для того, чтобы оплодотворение произошло в наиболее благоприятных условиях, а потомство получило надлежащие качества, сам половой акт должен быть окружен определенными предосторожностями. Соран не рассматривает этот вопрос подробно. Он просто указывает на необходимость разумного и спокойного поведения, без разврата или пьянства, способных отразиться на развитии зародыша, который станет своеобразным зеркалом и свидетелем: "Чтобы сознание плода не смутили тягостные впечатления от созерцания чуждого ему опьянения", женщина "во время соития должна быть трезвой". Часто дети бывают очень схожи с родителями не только телом, но и духом, поэтому "требуется полное спокойствие, чтобы зародыш не начал походить на пьяного до исступления человека". Наконец, на период беременности приходится весьма ограничивать сексуальные связи; поначалу даже от них нужно отказаться вовсе, поскольку при соитии "движение передает движение всему телу, а никакой орган не нуждается в покое более матки и всего, что ее окружает: как и желудок, она извергает свое содержимое, когда ее сотрясают". Однако некоторые - например,

Гален - считали возможным в ходе беременности возобновлять половые сношения и допускали умеренные занятия сексом: "Не следует беременным женщинам ни полностью от них воздерживаться, ни часто их практиковать, потому что у женщин, соблюдающих воздержание, роды проходят тяжелее, тогда как у тех, кто постоянно занят совокуплением, ребенок рождается слабым, может даже случиться выкидыш".

Итак, существовала целая система руководства *aphrodisia*, принцип и смысл существования которой заключался в подготовке к производству на свет потомства. Речь шла вовсе не о необходимости вступать в сексуальные отношения, исходя из одних только соображений деторождения, и если условия, способствующие плодovitости, определялись весьма тщательно, то отнюдь не затем, чтобы таким образом определить границы легитимного акта, но с целью преподать полезный урок тем, кто заботится о своем потомстве. Эта важнейшая забота обусловлена ответственностью родителей перед детьми, но также и перед самими собой, поскольку в их интересах иметь потомство, наделенное всеми достоинствами. Долг перед потомками позволяет установить целый ряд возможных ошибок и, одновременно, провинностей. Они настолько многочисленны и приводят в действие такое количество различных факторов, что, если бы не ловкость природы, компенсирующая эти упущения и помогающая избежать несчастья, успешным следовало бы признать потомство лишь очень незначительной части людей. Во всяком случае, Гален подтверждает и необходимость многочисленных мер предосторожности, и то обстоятельство, что вопреки всему роды, большей частью, проходят хорошо: "Наши отцы, которые зарождают нас, и матери, питающие нас в своей утробе, часто совершают не то, что хорошо, а то, что является неправильным: ведь и мужчина, и женщина при совокуплении бывают погружены в такое состояние, что даже не сознают, в каком месте земли находятся. Таким образом, при самом зарождении плод зачатия уже испорчен. Следует ли еще перечислять ошибки беременной женщины, которая по лени пренебрегает умеренными упражнениями, наедается до отвала, предается гневу, вину, злоупотребляет ваннами, несвоевременно предается любовным наслаждениям. Тем не менее, природа "сопротивляется этим столь вредным излишествам и в большинстве случаев исправляет их". Крестьяне весьма заботливы, засевая поле, -

продолжает Гален, возвращаясь к сократической теме заботы о себе, - но люди, в течение всей своей жизни пренебрегавшие собой, слишком мало заботятся о "первом зачатии".

2. Возраст субъекта. Период "использования" *aphrodisia* не должен ни затягиваться сверх меры, ни начинаться слишком рано. Плотские связи опасны в преклонном возрасте: они истощают тело, неспособное восстановить утраченные элементы. Но вредны они и для того, кто излишне молод, поскольку задерживают рост и мешают возникновению признаков полового созревания, которые являются результатом развития в теле семенных элементов. "Ничто так не препятствует созреванию души и тела, как преждевременные и неумеренные половые отношения", - утверждает Атеней. И Гален вторит ему: "Множество молодых людей страдает от неизлечимых болезней по причине половых сношений, так как они хотели во что бы то ни стало совершить насилие над сроками, предписанными природой". Каковы же эти "предписанные сроки"? Относится ли к ним появление и утверждение признаков половой зрелости? Все врачи сходятся на том, что для мальчиков такое время наступает около четырнадцати лет. Но подобным же образом все согласны, что к *aphrodisia* нельзя допускать так рано. Следовательно, мы не находим точного указания, с какого возраста можно начинать сексуальную деятельность. Во всяком случае, приходилось ожидать несколько лет, пока тело накопит семенную жидкость в количестве достаточном, чтобы ее можно было выводить. Отсюда вытекала потребность в специальном режиме, призванном обеспечить целомудрие подростков. Традиционно врачи предписывали жизнь, занятую интенсивными физическими упражнениями. Так, Атеней настаивал: "Поскольку в этом возрасте (четырнадцать лет) начинает вырабатываться сперма, и молодые люди испытывают страстное желание, побуждающее их искать половых сношений, телесные упражнения должны быть весьма многочисленными, чтобы, утомясь и телом, и душой, юноши могли подавить эти желания при самом их начале".

У девочек проблема несколько иная. Практика ранних браков несомненно вынуждала признать, что первый сексуальный опыт и материнство могут иметь место с тех пор, как устанавливается регулярная менструация. Таково мнение Сорана, советовавшего при определении брачного возраста доверять органическим критериям, а

не чувствам самих девочек, которые, впрочем, под влиянием воспитания могут пробудиться раньше, чем тело: "Семя должно стать началом нового существа", так что опасность сохраняется до тех пор, пока тело женщины не достигнет зрелости, необходимой для поддержания этой функции; следовательно, ей лучше сохранять девственность, пока менструации не установятся самопроизвольно. Другие врачи устанавливали более поздние сроки. Так, Руф Эфесский полагал, что беременность до исполнения восемнадцати лет чревата неблагоприятным исходом как для матери, так и для ребенка. Он напоминает, что именно этот возраст в древности рекомендовал Гесиод; он указывает также, что этот возраст - для кого-то, может быть, слишком поздний - в прежние времена не был еще сопряжен с теми неудобствами, потенциальная угроза которых появилась позднее (женщины некогда вели столь же активную жизнь, что и мужчины): обжорство и праздность приводят к расстройствам у незамужних девочек, делая желательными половые сношения, способные облегчить регулы. Решение, предлагаемое Руфом, - это относительно поздний брак (около восемнадцати лет), подготовленный, однако, всем образом жизни, которого девушка обязана придерживаться вплоть до наступления половой зрелости: необходимо, чтобы девочки росли вместе с мальчиками, когда же придет время их разделить, они должны быть подчинены строгому режиму (полный отказ от мяса, полный или почти полный запрет на вино, длительные прогулки, гимнастические упражнения). Нужно приучить ум к тому, что праздность "всего опаснее для них", и "полезно прибегать к упражнениям, переводя юношеский пыл в движение и разжигая привычки тела, но так, чтоб они остались женскими и не приобрели мужской характер". Участие в хорах, песнопения и танцы, кажется Руфу лучшей формой упражнений: "Хоры были изобретены не только затем, чтобы чествовать божество, но и на пользу здоровью".

3. "Благоприятное время". Проблема времени полового акта составляла тему многочисленных дискуссий. Когда дело касалось широких временных рамок, принимали обычно традиционный календарь: лучшее время года - зима и весна; осень признают одни и отвергают другие; в целом считается, что летом следует воздерживаться, насколько это возможно. С другой стороны, установление оптимального времени суток требовало учета многих факторов. Помимо религиозных аспектов, о которых Плутарх говорит

в "Застольных беседах", вопрос времени был связан с проблемами упражнений, еды и пищеварения. Желательно, чтобы соитие не предваряли излишне активные упражнения, которые перемещают к другим частям тела ресурсы, необходимые для половых сношений; напротив, после занятий любовью рекомендуются ванны и восстанавливающие растирания. Нехорошо предаваться aphrodisia до еды, испытывая голод, поскольку акт в таких обстоятельствах хотя и не утомляет, но частично теряет свою силу. С другой стороны, следует избегать обильных трапез и излишеств в питье. Время переваривания пищи всегда вредоносно: "Соитие среди ночи всегда обманчиво, ибо пища еще не переработана; то же касается и соития, совершаемого ранним утром, ибо в желудке может оставаться плохо переваренная пища, а излишки еще не вышли с мочой и калом". С учетом этих обстоятельств, наиболее благоприятное для половых сношений время наступает после умеренной трапезы, перед сном или перед послеобеденным отдыхом; согласно Руфу, сама природа предопределяет выбор данного времени, приводя тело в этот час в самое сильное возбуждение. К тому же, если целью акта является зачатие, мужчина должен заниматься любовью после плотной еды и обильного питья, тогда как женщинам можно придерживаться не столь "укрепляющего режима"; ведь в действительности нужно, чтобы "один давал, а другой принимал". Гален разделяет подобную точку зрения и рекомендует время перед сном, после "обильного, но не отягощающего ужина": пищи достаточно, чтобы питать и укреплять тело, а сон помогает снять усталость; кроме того, это лучшее время, чтобы зачинать детей, "поскольку женщина лучше всего удерживает семя, когда спит", и, наконец, именно этой поре отдает предпочтение сама природа, обостряя в тот момент желание.

4. Индивидуальные темпераменты. Руф исходит из общего принципа, согласно которому натуры, пригодные к соитию, "более или менее горячи и влажны"; напротив, менее всего годятся на это те, чья конституция холодна и суха. Именно затем, чтобы удержать или восстановить в организме состояние горячей влажности, необходимой при aphrodisia, вводится сложный и продолжительный режим соответствующих упражнений и питания. Ради поддержания сексуальной активности и сохранения баланса, который она грозит нарушить, нужно всецело подчинить себя определенному образу жизни: пить белое вино, есть хлеб, испеченный в печи (его влажность

полезна для подготовки или регуляции половых актов), мясо козленка, ягненка, курицы, тетерева, куропатки, гусей, уток; из морских продуктов полезно употреблять осьминогов и моллюсков; из фруктов - репу, бобы, фасоль и нут (по причине их теплоты), а также виноград (по причине его влажности). Что касается физической активности, то здесь будут уместны пешие или верховые прогулки, бег, не слишком быстрый и не слишком медленный; недопустимы утомительные упражнения, резкие движения рук, как при метании копья (такие движения перемещают питательные вещества к другим частям тела), излишне горячие ванны, перегрев или охлаждение, интенсивная работа; следует также избегать всего, что может изнурить тело, - гнева, очень бурной радости, боли.

РАБОТА ДУШИ

Складывается впечатление, что режим, предлагаемый для сексуальных удовольствий, всецело направлен на тело: его состояние, равновесие, болезни, его основополагающие и преходящие предрасположенности, в которых оно обнаруживает себя, выступают как главные переменные, призванные определять поведение. В некотором роде само тело и устанавливает закон для тела. Однако есть своя роль и у души. Врачи обращают ее в предмет своего внимания, поскольку это она беспрестанно грозит увлечь тело за пределы свойственной ему механики и исходных нужд; это она побуждает выбирать неподходящее время, действовать в сомнительных обстоятельствах, противиться естественным предрасположенностям. Если люди нуждаются в режиме, столь тщательно учитывающем все основания физиологии, то это потому, что они постоянно отвлекаются от этих оснований действием присущих им воображения, страстей и любви. Даже возраст, в котором желательно начинать половую жизнь, оказывается неясным как для девочек, так и для мальчиков: воспитание и обычаи могут привести к тому, что желание выкажет себя в неподходящее время.

Следовательно, разумная душа вынуждена играть двойственную роль. Прежде всего она должна дать телу режим, природа которого в действительности определялась бы им самим, его напряжением, состоянием и обстоятельствами, в которых оно находится. Но правильно установить такой режим душа сумеет лишь в том случае, если сама проделает над собой определенную работу: исправит

ошибки, ограничит власть воображения, подчинит себе желания, из-за которых она неправильно понимает строгий закон тела. Атеней, испытавший заметное влияние стоиков, вполне определенно указывал на этот труд души над собой как на условие правильного соматического режима: "Взрослые должны соблюдать целостный режим души и тела, стараться смирять свои стремления и соразмерять свои желания и возможности". Следовательно, этот режим не предполагает ни противоречия духа и тела, ни введения средств, с помощью которых душа могла бы защищаться от посягательств плоти; речь идет, скорее, о самосовершенствовании, "самоисправлении" души, в результате чего она оказывалась бы в состоянии направлять тело в соответствии с законами самого тела.

Эта работа была описана врачами в контексте порыва желания, наличия образов и тяги к удовольствиям, - трех начал, из-за которых субъекту угрожает выход за пределы обыденных нужд организма.

1. Смысл медицинского режима состоит вовсе не в преодолении желания. Сама природа наделила живые существа этим "жалом" с тем, чтобы, возбуждая каждый из полов, соединять их друг с другом. Нет ничего более противного естеству, ничего более пагубного, нежели попытка лишиться *aphrodisia* природной силы желания; ни в коем случае нельзя допускать насилия над Природой, будь то блуд или попытка обмануть бессилие, свойственное возрасту. Избегай соития, если не испытываешь страсти, призывал Руф в трактате "О сатириазе". Но у страсти две стороны: она охватывает и тело, и душу. А проблема режима заключается именно в точной согласованности желаний. Поступать следует так, чтобы здесь и теперь эти стремления были скоординированы и отрегулированы как можно точнее. У Руфа есть замечательная формулировка: "Лучше всего вступать в половую связь, когда к этому влекут и душевный порыв, и телесная потребность".

Иногда эту естественную согласованность нарушают действия одного только тела. Его словно бы "несет", между тем состояние души отнюдь не соответствует такому возбуждению.

Плоть обуревают своего рода чистое неистовство. Половой акт становится просто "пароксистическим", как говорит Руф. Похоже, именно это сугубо физическое возбуждение имеет в виду тот же Руф, описывая сопровождающие признаки мании или эпилепсии. Оно отмечается при сатириазе и гонорее, но если первый случай - это

просто воспаление половых органов, то во втором "без полового возбуждения и ночных видений" происходит "чрезмерное истечение семени", а больной, увлекаемый безумной механикой своего тела, совершенно изнемогает и вскоре доходит до "гибели от истощения".

Душа же, напротив, может уйти от власти форм и пределов желания, возникающего в теле. Показателен термин, который применяют для обозначения такого рода крайности Руф и Гален: мнение. Пренебрегая потребностями и нуждами одного только своего тела, душа позволяет увлечь себя свойственным ей представлениям, не имеющим соответствий в организме, - представлениям тщетным и пустым. Подобно тому, как у тела не должно быть влечений, не согласованных с желанием души, душе не следует выходить за пределы того, что требует и в чем нуждается тело. Если в первом случае речь идет о болезни, которую, возможно, в состоянии излечить лекарства, то во втором случае, скорее, о необходимости соблюдения морального режима. Руфу принадлежит следующая формула: "Подчинить душу и принудить ее слушаться тела".

Утверждение парадоксальное, если помнить о существовании традиции, согласно которой душа не вправе уступать призывам тела. Однако его нужно воспринимать в строгом теоретическом и медицинском контексте, сложившимся, очевидно, под влиянием стоицизма. Добровольное подчинение души телу понималось как следование разуму, который представляет собой естественный порядок и применяет к своим целям механику тела. Мнения могут внушить душе чрезмерные желания и отвратить ее от этого естественного разума, на который должен быть ориентирован разумный медицинский режим, основанный на истинном знании живых существ. В таком контексте пример животного, так часто привлекавшийся для того, чтобы опорочить желания человека, может, напротив, послужить образцом поведения: сексуальный режим животных, побуждая их следовать требованиям тела, никогда не предполагает чего-то большего или иного; то, что ими движет, разъясняет Руф, и, следовательно, то, что должно руководить людьми, это не мнения, но "первые движения природы, которой необходимо вывести семя". С этим согласен и Гален: животных понуждает к соитию отнюдь не мнение о том, что "наслаждения суть благо"; напротив, они совокупляются, желая лишь "извергнуть тяготящую их сперму", и не знают разницы между побуждениями к половым

сношениям и к "естественному выделению кала или мочи".

Таким образом, медицинский режим предлагает своего рода "анимализацию" страстей, под этим нужно понимать строжайшее подчинение страстей души потребностям тела, этику желаний, ориентированную на модель физиологии выделений, наконец, стремление к некоему идеальному состоянию, когда душа, очищенная от всех "бесплодных" представлений, начнет уделять внимание лишь строгому руководству органическими отправлениями.

2. Отсюда же проистекает и общая неприязнь врачей к "видениям", или "образам", неизменно упоминаемым в их предписаниях. Так, предложенное Руфом лечение сатириаса с одной стороны касалось питания и предполагало отказ от любой горячащей пищи, а с другой - затрагивало проблему стимуляции души: "Должно избегать любовных речей, помыслов, вожделений, и тем самым полностью отказаться от всего, что волнует глаз, поскольку хорошо известно, как даже во сне оно может побуждать к совокуплению, если тот, кому следует воздержаться от соития, поел вкусно и обильно". Гален предлагал одному из друзей подобного же рода лечение, заключавшееся в двойном очищении: отказавшись от сексуальной активности, тот обнаружил, что пребывает в состоянии постоянного возбуждения. Гален советует ему прежде всего освободиться физически и вывести скопившуюся сперму; затем, очистив тело, беречь сознание от всего, что могло бы заронить в душу любовные образы: нужно "полностью отвергнуть зрелища, мысли и воспоминания, способные возбудить любовную страсть".

Существует несколько типов этих опасных видений, которые вызывают в душе "пустые" желания, не согласованные с нуждами тела. Прежде всего, разумеется, это образы-сновидения: они сопровождаются поллюциями и поэтому, похоже, вызывающие особое беспокойство врачей, рекомендующих, во избежание частого их повторения, не спать на спине, проявлять умеренность в еде и питье, и сохранять спокойное состояние ума перед отходом ко сну (Руф превратил это требование в важный пункт режима для страдающих сатириазом, советуя им "спать на боку, а не на спине"). К образам, которых следует избегать, относятся и те, что можно видеть в театре, и те, что будучи порождены чтением, пением, музыкой или танцем, вторгаются в сознание, нисколько не сообразуясь с потребностями тела. Так, Гален наблюдал случаи сатириаса у тех,

"кто не чуждается идеи любовных наслаждений, как чуждаются ее люди, от природы целомудренные и долгое время практикующие воздержание, но, напротив, представляет себе удовольствия, созерцая или вспоминая зрелища, способствующие их возбуждению. Соответственно, половой член таких индивидуумов предрасположен к заболеваниям, в отличие от расположения такового у людей, в чей разум идея любовных наслаждений даже не проникала".

Под термином "видение" в его философском значении нужно понимать и зрительное восприятие. Опасно не только вообразить или вспомнить aphrodisia, но и наблюдать их. Издавна традиция целомудрия считала, что aphrodisia уместнее ночью, в темноте, нежели при свете дня. Но такое предписание уже отчасти "режимно": не видеть - значит предохранять себя от образов, которые могут проникнуть в душу, запечатлеться там и являться не к месту и некстати. Плутарх затрагивает эту тему в связи с проблемой надлежащего времени полового общения. К причинам, побуждающим таить акт во мраке, он относит необходимость избегать оживления "любовных образов", которые постоянно "возобновляют вожделение", тогда как ночь, "освобождая страсть от ненасытимости и исступления, смиряет и успокаивает природу человека и не позволяет зрению доводить ее до бесчинства".

Вспомним и о том, что к проблеме "образов" часто обращалась любовная литература. Зрение считали самым надежным проводником страсти, при посредстве которого она проникает в сердце и поселяется там. Согласно Проперцию, "нехорошо оскорблять Венеру игрою вслепую"; ночь - враг Венеры:

*Наг был Эндимион, когда Феба сестрой овладел,
И, говорят, возлежал также с богиней нагой.*

Именно поэтому взгляд, свет, изображение таят в себе угрозу, как с точки зрения строгости нравов (по свидетельству того же Проперция, бесстыдство расцвело с появлением в домах римлян "непристойных картин"), так и с точки зрения самой любви, которую может ранить непривлекательность образа. Тому, кто хочет сохранить любовь, Овидий советует принять известные меры предосторожности:

*В опочивальне твоей да будут прикрытыми ставни —
Ведь на неполном свету женское тело милей.*

Да и сам по себе грубый образ может служить великолепным средством защиты от страсти или даже орудием ее уничтожения.

Ничто так не исцеляет от любви, говорит Овидий, как свет: телесные изъяны, грязь и скверна порождают отвращение. Недостатки туалета при пробуждении будут тоже кстати, если нужно охладеть к любовнице. Есть целая технология порождения образов, способных вызывать или убивать любовь. Впрочем, борьба с внутренними или внешними образами как условие и залог правильного сексуального поведения станет одним из самых устойчивых аспектов сексуальной этики на исходе античности.

3. Остается удовольствие, которое, как известно, включено природой в процесс *aphrodisia*. Можно ли его исключить, сделать так, чтобы оно стало как бы неосязаемым? Об этом речи нет и быть не может, поскольку оно напрямую связано с движениями тела и механизмами задержек и эрекции. Однако Гален полагает, что можно воспрепятствовать превращению удовольствий в излишества в общем строе *aphrodisia*. Способ, который он предлагает, явно стоический: все дело состоит в том, чтобы считать удовольствие только обстоятельством, сопутствующим акту, но ни в коем случае не его причиной. Положение о том, что "наслаждения суть благо", Гален, как мы уже знаем, признавал в качестве мнения, которому не следуют животные (это сообщает их поведению естественную умеренность); вместе с тем, люди, разделяющие подобное мнение, заняты поисками *aphrodisia* ради удовольствия, которое те приносят, привязаны к ним и постоянно стремятся их возобновить.

Следовательно, "разумный" режим выполняет свою задачу, если пациент перестает видеть в наслаждениях предел мечтаний и предается *aphrodisia* независимо от притягательной силы удовольствия, так, будто оно не существует вовсе. Единственная цель, которую может ставить себе разум, должна быть обусловлена состоянием тела и его потребностью в очищении. "Очевидно, что люди целомудренные прибегают к любовным удовольствиям отнюдь не ради связанного с ними наслаждения, но затем, чтобы избежать недомогания, и ведут они себя при этом так, точно в действительности никакого наслаждения не бывает", - такой урок Гален извлекает из знаменитого поступка Диогена: не дождавшись гетеры, которую он пригласил, философ сам освободил себя от обременявшей его спермы, и сделал это, согласно Галену, желая извергнуть семя, "а не насладиться его выделением".

Отметим, между прочим, насколько скромное место в этих

медицинских режимах отведено мастурбации и самоудовлетворению, - это касается всей совокупности греческих и римских моральных рассуждений о сексуальной деятельности. Тема эта если и возникает (нужно сказать, достаточно редко), то неизменно в положительном аспекте: откровенный жест естественного самоограничения, философский урок и, одновременно, необходимое лекарство. Вспомним Диона Хрисостома, сообщившего, как Диоген прилюдно занимался рукоблудием, смеясь и расхваливая это действие: с ним, дескать, прибегни к нему своевременно, не нужна была бы Троянская война; его на примере рыб подсказывает нам сама природа; оно разумно, поскольку зависит только от нас (разве испытываем мы нужду в ком-либо еще, кроме самих себя, когда хотим, например, почесать себе ногу!); наконец, ему нас научили боги, - а именно Гермес, поведавший о нем Пану, безответно влюбленному в недоступную Эхо (а от Пана его впоследствии узнали пастухи). Итак, это действие самой природы, не сопряженное ни со страстями, ни с ухищрениями, совершенно независимое и строго обусловленное необходимостью. Начиная с христианского монашества, западная литература ассоциировала мастурбацию с химерами воображения и порожденными ими опасностями; она превратилась здесь в форму противоестественного наслаждения, изобретенную людьми, пытавшимися выйти за назначенные пределы. В медицинской этике, озабоченной, подобно этике первых веков нашей эры, сведением сексуальной деятельности к элементарным потребностям тела, акт такого рода собственноручного самоочищения оказывался формой решительного освобождения от использования желаний, образов и удовольствий.

* * *

1. Сколь бы сложными и тщательно разработанными ни были эти режимы сексуальной активности, не следует преувеличивать их относительную важность. Сравнительно с другими режимами (особенно теми, что касаются питания) им отведено не очень значительное место. Когда в V в. Орибасий составит обширный свод медицинских текстов, он посвятит целых четыре книги свойствам, последствиям, опасностям, недостаткам и достоинствам различных продуктов питания, а также условиям их употребления. Сексуальному режиму он отведет только два параграфа, приведя по одному тексту Руфа и Галена. Можно предположить, что подобная избирательность

отражает прежде всего позицию самого Орибасия и его эпохи, однако гораздо более пристальное внимание к диетике, нежели к сексуальному режиму - это характерная черта всей греческой и римской медицины, в глазах которой важнее всего еда и питье. Для того, чтобы забота о сексе начала понемногу уравнивать заботу о питании, понадобится вся та эволюция, что ощутимо проявится в христианском монашестве; но умеренность в еде и посты надолго еще останутся основополагающими моментами. И весьма значимым для истории этики европейских обществ станет тот день, когда внимание к сексу и его режиму решительно возобладает над строгими предписаниями диеты. Но в римскую эпоху режим сексуальных удовольствий, занимавшим относительно скромное место, сочетался с большим режимом питания, так же, впрочем, как сами эти удовольствия ассоциировались в этической мысли и социальных обрядах с наслаждением от еды и питья. Пир, точка, в которой сошлись чревоугодие, пьянство и любовь, являет прямое тому доказательство; косвенно это подтверждает и противоположный ритуал - философский пир, где всегда едят в меру, опьянение не угрожает истине, а любовь выступает предметом рассудительных речей.

2. Мы видим, что в этих медицинских режимах происходит своеобразная "патологизация" полового акта. Но нужно хорошо усвоить, что речь ни в коем случае не идет о ситуации, которая со временем сложится в западных обществах, когда сексуальное поведение будут считать оплотом девиаций, болезненных извращений, организуя его как обособленную зону со своими нормальными и вредоносными формами, своей специфической патологией, нозографией, этиологией, иногда и своей терапией. Греко-римскую медицину отличает иной подход: она вписывает половой акт в некое поле, где на него всякий раз может воздействовать (и, следовательно, нарушить его) любое изменение в организме, а он, в свою очередь, всегда таит в себе угрозу различных болезней, сущих и будущих.

О патологизации можно говорить в двух смыслах. Во-первых, в той мере, в какой она связана не только с эксцессами секса, но и с самой природой этого процесса - потерями, потрясениями, нарушениями, которые половой акт вызывает в организме. Во-вторых и главным образом постольку, поскольку медицинский анализ

тяготеет к инверсии представлений о половом акте как о деятельности, энергии, чья мощь сама по себе уже подозрительна, и описывает соитие как процесс, в который пассивный субъект оказывается вовлечен механизмами тела и порывами души, тогда как ему следует установить здесь свою власть исключительно в строгом соответствии с потребностями природы. Нужно понять, что эта медицина не пыталась выделить "патологические" формы сексуального поведения; скорее, она обнаруживала в основе половых актов тот элемент пассивности, который является также основанием болезни, исходя из двойного значения термина "патология". Половой акт это не зло, но постоянный очаг возможного зла.

3. Такая медицина требует самого бдительного внимания к сексу, которое, однако, не ведет к дешифровке этой деятельности в ее истоке и протекании, - и речи нет о том, что субъект точно узнает, каковы его желания и особые порывы, порождающие половой акт, что такое выбор, который он делает, формы акта, который он совершает, и виды удовольствия, которые он испытывает. Внимание требуется ему, чтобы постоянно держать в уме правила, руководящие сексуальным поведением. Ему не нужно обнаруживать в себе самом скрытое развитие страсти, - достаточно выявлять многочисленные сложные условия, которые необходимо соблюдать, желая надлежащим образом, без риска и вреда, исполнить акт, приносящий наслаждение. К самому себе приходится обращать "истинный" дискурс, который, однако, не сможет открыть субъекту истину о нем самом: его задача - разъяснить, каковы природа полового акта и способ осуществления, максимально точно и строго сообразованный с этой природой. Кангилем писал, что "причина исцеления" по Аристотелю есть "форма здоровья в медицинской деятельности": не врач, но "здоровье исцеляет больного", и "ответственность за произведение искусства" в целом лежит "не на мастере, но на искусстве, иными словами, - на подлежащей обсуждению конечной цели природного логоса". Можно сказать даже, что режим *aphrodisia*, порядок их распределения, предлагаемый медициной, должен быть именно формой их природы, присутствующей в сознании, формой их истины, наличествующей в поведении как постоянное предписание, - и ничем иным.

4. Эти "диетические" рекомендации во многом аналогичны предписаниям позднейшей христианской морали и медицинской мысли: принцип строгой экономии, направленный на поддержание

умеренности; постоянное опасение индивидуальных болезней и коллективных бедствий, связанных с распутством; требование сурового обуздания своих страстей и борьбы с образами, наконец, отрицание удовольствия как цели половых сношений... Эти аналогии не случайны. В них можно обнаружить преемственность. Некоторые из этих зависимостей были косвенными и передавались посредством философских учений: так, правило, отрицающее самоцельность удовольствия, христиане, несомненно получили скорее через философов, нежели через врачей. Но известны и прямые формы преемственности: трактат о девственности Василия Анкирского (считается, что его автор врач) построен на соображениях определенно медицинского характера; св. Августин опирается на Сорана в полемике против Юлиана Экланского. Не стоит забывать и о столь частых обращениях к римской и греческой медицине в XVIII - первой половине XIX вв., когда возобновляется бурное развитие патологии секса.

Если принять во внимание только эти общие черты, может сложиться впечатление, что сексуальная этика, приписываемая христианству и даже современному Западу, уже была знакома (по крайней мере, некоторые ее существенные принципы) греко-римской культуре эпохи расцвета. Но такой подход свидетельствует о непонимании фундаментальных различий, характеризующих типы отношения к себе и, следовательно, формы интеграции этих предписаний в опыте, который субъект извлекал из самого себя.

Вера КАППОНИ, Томаш НОВАК

КАК ГОВОРИТЬ СО СВОИМ ТЕЛОМ

(Каппони В., Новак Т. Сам себе авторитет. - СПб., 1995, С. 104-127)

Уже в названии содержится намек на то, как мы воспринимаем самих себя. Никто не скажет: "Аз семь тело" (таким образом это не сформулировал бы даже закоренелый вольнодумец, готовый поклясться, что у него нет никакой души). Говоря о своей телесной оболочке, мы произносим слова "мое тело", как будто это нечто такое, что мы себе приобрели, и оно является нашей собственностью, но не нами самими. В лучшем случае мы допускаем, что наше тело нам ближе, чем, к примеру, наша библиотека или автомобиль. Как мы говорим, так, по большей части, и поступаем. Отличия, конечно, между нами имеются - но такие же, как среди автолюбителей, по-разному заботящихся о своем четырехколесном кумире или помощнике. Как личный автомобиль, так и свое тело мы эксплуатируем одинаково нещадно, когда спешим. Гоним их обоих по бездорожью, если того требует необходимость (или нам кажется, что без этого нельзя обойтись), и другой дороги к цели либо не замечаем, либо не хотим видеть. А то пускаемся в противоположную крайность: в случае с автомобилем аккуратно ставим его в гараж, каждую неделю моем и полируем и никуда на нем не ездим, чтобы он поменьше пачкался, подольше служил и в нас, не дай Бог, никто не врезался. При этом остается как-то без внимания, что влажность в гараже, да и широко разрекламированное средство для полировки только способствуют коррозии. Большинство людей, охваченных менеджерским синдромом, хотя и не поступают со своими телами на манер упомянутых автоперестраховщиков, однако, что касается "средств", которые, мол, весьма полезительны для их тела, подвержены тем же ошибкам. Наверное, ни в чем не встретишь такого разнообразия "стопроцентных гарантий" и предрассудков, как во взглядах на то, что полезно для нашего здоровья. Разберемся с некоторыми из них.

Сон

Для многих людей сон - не проблема; они спят охотно и с удовольствием. Если их что-то и не устраивает, так это то обстоятельство, что данному приятному процессу они посвящают меньше времени, чем хотелось бы. Между тем жалобы на плохой сон - одни из наиболее частых. Всякий согласится, что если ты долго не можешь заснуть, просыпаешься среди ночи или слишком рано, то наутро чувствуешь себя не совсем в порядке. В принципе, это так, но не всегда.

Сон - строго контролируемая и овеянная предрассудками сфера жизни. Соблюдение режима сна сопровождает нас с раннего детства. Наверное, каждый хранит в глубинах памяти давнишние детские воспоминания о загонах в постель под аккомпанемент родительской аргументации по поводу того, как плохо кончают дети, которые мало спят. По меньшей мере, они, мол, никогда не вырастут, не говоря уже о туберкулезе. Несмотря на более или менее частое противодействие этой маленькой, преисполненной любви родительской тирании, мы все-таки выросли. Однако в нашем подсознании продолжает жить предостережение, гласящее, что если не спать столько, сколько нужно, дела со здоровьем пойдут хуже и хуже. А если еще из какого-нибудь журнала мы получим подтверждение тому, что действительно мало спим, то судьба наша решена. В действительности же потребность во сне у людей самая разная. Различия существуют поистине невероятные - взрослому человеку требуется для сна от 4 до 11 часов ежедневно, и с возрастом объем его уменьшается. "Норма", о которой мы можем прочесть где-либо, является, как правило, средней величиной. Стало быть, она полезна для нас не более, чем та информация, что рост среднего чеха составляет 176,54398 см. Вы ведь не побежите к хирургу, чтобы он укоротил либо удлинил вас, если, скажем, ваш рост составляет 190 или 160 см. Впрочем, в случае со сном люди иногда не прочь "удлинить" его с помощью специалистов. Главным образом пациенты жалуются на невысыпание и бессонницу. Это доказывает, что наше тело не всегда воспринимает то, чем мы забили себе голову или чем напичкали ее другие в смысле полезного для здоровья. Наконец, даже некоторые формы непрекращающейся депрессии лечатся снижением продолжительности сна. Прежде чем обратиться по поводу своих проблем со сном к специалисту, проведите небольшой эксперимент:

1) Если вы долго не можете заснуть, просыпаетесь по ночам или пробуждаетесь слишком рано, проследите за тем, сколько часов вы реально спите. Если в течение недели в среднем получается более четырех часов в день, приступите к следующему пункту.

2) Ложитесь спать на несколько часов позже обычного, так чтобы до момента, когда вы должны вставать, оставалось то среднее время, которое вы ежедневно тратили на сон в течение последней недели, плюс 1 час. Кроме того, вечером, когда стемнеет, не экономьте электричество (или экономьте на приобретении экономичных осветительных приборов), создайте в помещении, в котором будете находиться, такое освещение, чтобы там было светло, как днем. Разумно заняться каким-нибудь приятным или полезным делом. Не сидите и не смотрите каждые пять минут на часы, говоря себе "ага, нужно продержаться еще два часа и тридцать семь минут".

3) В случае если почувствуете себя очень усталым, лягте в постель (независимо от того, что время еще не подошло), возьмите книгу и почитайте (опять же не экономьте на киловаттах потребляемой электроэнергии). Если уснете прежде запланированного срока, неважно. И если проснетесь от этого слишком рано, тоже ничего страшного. Скорее всего, это говорит о вашем биологическом ритме - о том, что вы принадлежите к "жаворонкам", которые испытывают потребность в раннем отходе ко сну и спозаранку чувствуют себя свежими. Воспользуйтесь этим, утром вы наверняка будете преисполнены сил, хотя порой оно и начинается для вас несколько раньше, чем для многих других людей. Делайте что-нибудь приятное или полезное.

4) Проснувшись среди ночи, скажем, через два часа после того, как заснули, не ворочайтесь с боку на бок и не мучайтесь тем, что не можете спать. Это фабрика по производству стрессов. Скорее вам станет плохо от ожиданий худшего из возможного, чем от того, что вы не спите. Встаньте и займитесь каким-нибудь делом (приятным или полезным).

5) Если в голову не приходит ничего такого, чем уместно было бы заняться посреди ночи, сядьте и подумайте, что хорошего в том, что вы не спите. Какую пользу можно из этого извлечь? Не принадлежите ли вы к числу тех счастливых, вроде Эдисона и Эйнштейна, которым для сна достаточно максимум пяти часов в день? Если внутренний голос станет нашептывать, мол, вы - не Эйнштейн, к тому же поспали

лишь два часа и ощущаете ужасную усталость, все равно проверьте, что получится, если вы приметесь за что-либо, способное вас порадовать.

б) Аргументы того рода, что вы не можете полуночничать или же шляться по квартире ночью и поутру, точно сомнамбула, поскольку живете не один и тем самым потревожили бы домочадцев, свидетельствуют лишь о неприятии перемен. Это вполне естественно. Однако к лучшему привыкаешь быстро. Существуют семьи, в которых партнеры с полярными биоритмами живут в мире и согласии до самой смерти, и наоборот, иногда партнеры по браку подходят друг другу единственно тем, что имеют сходные биоритмы и потребность в сне. Кроме того, в маленьких квартирах (а таких у нас большинство) разный ритм сна и бодрствования людей, живущих под одной крышей, может разрешить проблему, как использовать пространство по максимуму без взаимных трений.

7) Этот пункт только для смельчаков. Можно спокойно его пропустить. А так, попробуйте ответить себе на вопрос, не таскаете ли вы каштаны из огня тем, что "страдаете" бессонницей. Скажем, не скрывается ли за этим слабая вера в свои силы, боязнь не справиться со стоящими перед вами задачами (быть может, набранными самими же без всякой меры) и, к примеру, бодрствуя ночью, вы готовите на завтра вескую причину, по которой будете вправе что-либо отложить или не делать вообще (о каких делах может идти речь, когда вы совершенно не выспались, а?). Не видится ли вам все в столь мрачном свете, что вы просто не желаете ни на что смотреть, и достойный способ убежать от действительности - попытаться заснуть? Или вы таким образом немного манипулируете своими близкими? Когда вечером вам захочется тишины и покоя, а на детей или партнера обычные окрики не действуют, то повлияют ваши муки от бессонницы? Все замолкают и ведут себя крайне предупредительно, ведь было бы поистине жестоко беспокоить человека, страдающего болезненными нарушениями сна? Или же вы благодаря этому успешно играете роль "здорового больного", того, кто нуждается в сочувствии и заботе? Есть, конечно, что-то самоистязательское в подобных вопросах, тем не менее они помогают кое-что уяснить. Если это будет вызывать ощущение внутреннего дискомфорта, сразу прервитесь и потом вновь спросите себя: "Какую пользу можно извлечь из того, что я сплю так мало (или в несколько непривычное

для большинства время)?" Не исключено, вы придете к выводу, что могли бы удачно сменить род занятий, устроившись туда, где нужно будет работать в ту пору, когда большинство людей спит, и где за это неплохо платят.

Возможно, в конце своего эксперимента вы уясните, что страдаете отнюдь не нарушениями сна, а всего лишь от предрассудков насчет того, сколько и когда вам нужно спать. Когда мысли о бессоннице не дают покоя и полночи ворочаешься в кровати, то поутру действительно чувствуешь себя не лучшим образом. Да и как не озаботиться тем, что не можешь нормально спать, если чуть не с ясельного возраста тебе внушали, как важен для человека сон. Если к этому моменту вы уже знаете, что не можете спать по той банальной причине, что вам просто не требуется на это столько времени, то это ваше счастье! Если дело обстоит иначе, обратитесь к специалисту. При наиболее тяжелых нарушениях сна помогают в том числе и известные каждому дилетанту "стопроцентно" действенные пиллюли.

Еда

Пища - еще одна преисполненная предрассудками сфера интересов нашей цивилизации. Если, скажем, вы прочтаете десяток книг о том, как правильно питаться, то возможности у вас две. Либо составить список всех вредных и даже запретных продуктов, перечисленных в каждой из книг, - и тогда вам вообще нечего будет есть. Либо подойти к этому с другого конца, то есть составить список всех рекомендуемых в книгах продуктов питания - и тогда можно будет есть все что угодно.

Второй путь более привлекателен, да и больше отвечает биологической природе человека, который с незапамятных времен всеяден. Весь вопрос в том, насколько способны люди выбирать продукты, необходимые их телу. Можно было бы привести немало доказательств тому, что делать этого человек не умеет, - начиная с примеров ожирения и заканчивая пристрастием к разного рода наркотикам. А вот крысы - по крайней мере, лабораторные - на это явно способны. Если вы заставите их частично поголодать, то есть будете кормить достаточно калорийно, но умышленно не давать пищу, содержащую некоторые важные органические вещества (например, белки, жиры, сахар) и спустя две недели подпустите их к мискам с разной едой, то крысы безошибочно выберут ту пищу, в которой прежде им было отказано. Человеку, конечно, далеко до крысы (по

крайней мере, не по гороскопу), однако в ходе экспериментов подобные способности все-таки обнаружили у детей раннего возраста. Впустив таких детей в помещение, где было много игрушек и самых разных продуктов, стали наблюдать за тем, что и когда они будут есть. Годовалые малыши сразу же начали со "здоровой" пищи, согласно принципам рационального питания. Дети постарше, имеющие опыт родительских запретов насчет сладостей, в первые дни жадно набрасывались на "запретные плоды" - конфеты, шоколад и т.п. Но уже через три-четыре дня пресытились, и их меню существенно "оздоровилось" - в нем преобладали фрукты, овощи, хлеб, постное мясо и молочные продукты, причем в соответствующем объеме и даже с необходимыми интервалами. Повторные эксперименты по так называемому алиментарному*/*Алиментарный* - пищевой, связанный с питанием (англ.) / самообслуживанию дали те же результаты, на основании чего можно заключить, что и человек от природы наделен способностью есть то, что необходимо его телу. Вместе с тем эксперименты с детьми показывают, что иногда мы становимся рабами навыков, привитых цивилизацией, и всего притягательнее оказывается именно нерекомендованное или запретное. Так что взрослый индивид не всегда может полагаться на "мудрость" своего тела, которое само подскажет, что ему требуется. Как учит опыт предков, отвадить ученика кондитера от поедания лакомств при исполнении своих обязанностей проще всего тем способом, если позволить ему в начале профессиональной карьеры наесться сладкого до отвала.

Насколько нам известно, по отношению к алкоголю, никотину, наркотикам прием этот не слишком эффективен. Также нам ни разу не приходилось слышать, будто бы успешным методом лечения от ожирения была "обжираловка". К сожалению, и голодание нельзя признать наилучшим из путей, ведущим к избавлению от лишнего веса, хотя некоторые и утверждают обратное. Явно не помогают и многочисленные диеты. В некоторых случаях они даже наилучшим образом способствуют тому, как приобрести лишний вес. Начинается это еще в переходном возрасте, когда некая юная особа, поддавшись диктату моды, решает, что весит больше, чем нужно, хотя каждый сторонний наблюдатель посчитал бы ее стройной девушкой. Она проверяет на себе действие ряда "безотказных" диет, и всегда с одним и тем же эффектом: по окончании каждой такой диеты, вместо того,

чтобы похудеть, набирает на один килограмм больше. В итоге, лет этак через двадцать, из нее получается довольно пышнотелая дама, которая если и не совсем еще рассталась с диетами, однако утратила веру в их действенность. Если ей на глаза попадет какая-нибудь новая, из тех, что действуют "безотказно", она, возможно, апробирует и ее, но эффект будет тот же. Собственно говоря, она научила свое тело не верить тому, что ей нужно, чтобы оно не было полным. На уровне сознания она хочет похудеть, быть стройной, однако подсознание неотвратимо убеждено, что это тщетные старания. В споре с телом всегда выигрывает подсознание.

Болезни

Так же обстоит дело и с болезнями. Хотя мы и желаем быть здоровыми, но в то же время считаем свои болячки весьма коварными и чувствуем себя перед ними беспомощными. Нередко мы сами помогаем заболеваниям удерживаться в нашем теле. Возьмем обычный грипп. Известно, что если человек заболеет им, скажем, за три дня до вожделенного путешествия, например, вокруг света, то и выздоровеет он не далее как через три дня. Если же кто-либо подхватит грипп в ситуации, когда его предприятие терпит крах и, не исключено, через пару дней ему укажут на дверь, то на этой почве у человека может развиваться довольно тяжелая форма заболевания, и он пробюллетенит месяца два. Дело не в том, что кое-кто успешно симулирует болезнь, - лабораторный анализ состояния организма этого человека (начиная с количества белых кровяных телец и заканчивая уровнем иммуноглобулина в крови) может ясно показывать, что все действительно плохо. Точно так же, как мы умеем подсознательно предопределять реакцию своего тела на инфекционные заболевания, мы оказываем влияние и на прочие болезни ожиданиями того, что непременно и наверняка должно с нами произойти, или тем, что в настоящий момент нас устраивает положение больного. Причем речь не обязательно идет о ситуациях, когда желательно отсидеться дома, поскольку на работе несколько накаленная атмосфера. Таким образом иногда добиваются большего внимания со стороны домочадцев.

Или же это может быть "трудоголическая" игра, в которую кто-либо играет с самим собой. Человеку, который взвалил на себя непосильную ношу и мучается от чувства вины из-за того, что не успевает переделать всех дел, высокое давление, язва желудка и Бог

знает что еще - вроде как бальзам на раны беспокойной совести и страдающего самосознания. О какой-де напряженной работе можно говорить, когда со здоровьем все настолько печально.

Кому-то, вероятно, покажется, что изложенный выше взгляд на способы помощи своим болезням несостоятелен, - как, мол, это увязать с наличием наследственных заболеваний? Чисто наследственными являются некоторые "изъяны" - отклонения от нормы в хромосомах и генах, вследствие чего, в частности, не происходит образования в организме тех или иных ферментов. Однако тот факт, что для отдельных семей в определенных поколениях характерно, скажем, большее число случаев заболеваний какой-либо формой рака, еще не служит доказательством ни наследственности, ни инфекционности данного заболевания. Иногда, конечно, допустимо говорить о наследственности, связанной, так сказать, с генами. Но нередко речь идет о наследственности или инфекционности, которые носят скорее социальный характер.

От своих родителей мы подсознательно перенимаем ценности, взгляды, подходы, предубеждения, манеры поведения и способы реагирования в условиях, воспринимаемых как неприятные. В отношении целого ряда заболеваний нельзя сказать со всей определенностью, наследственны ли они с биологической точки зрения или являются простым следствием ожиданий и жизненного стиля. Точнее, способа реагирования на стресс. Обычно описывают, иллюстрируя примерами из жизни диких зверей, две основные природные реакции на экстремальные воздействия - столкновение и бегство. Между тем с малых лет нам знаком еще один тип естественной реакции - "ложная смерть жука". Присуще нечто подобное и человеку - хотя он и не выглядит при этом окоченевшим трупом. Проявляться это может в форме обмороков, а также угнетения иммунной системы. Многие болезни мы создаем себе сами или, по меньшей мере, пестуем их. Тут не пахнет никаким чародейством. Просто между теми структурами мозга, которые являются носителями наших эмоциональных переживаний, и центром управления нашей иммунной системой существует очень тесная взаимосвязь. Апатия, неверие в себя, депрессия, чувство вины и т.д. негативно сказываются на деятельности иммунной системы, а тем самым и на способности человека противостоять болезням.

Некоторые специалисты считают стресс (и его последствия)

современным выражением страха. А другие говорят даже о "языке тела", или о болезни как сообщении, которое человек по разным причинам не отваживается реализовать обычным способом - то есть признаться в чем-либо себе или другим словесно. По большей части происходит это потому, что опасения и тревоги бывают настолько сильны, что люди загоняют их в подсознание. Страхи забыты, но они никуда не исчезли; человек, так сказать, постоянно носит их в своей голове, живет с ними и находится под их влиянием. Зачастую во вред себе. Опыт такой "телесной" коммуникации является, как правило, приобретенным. Подобно тому, как мы учимся в своих семьях выражать любовь, выказывать недовольство и т.д., полагая, что наши манеры по-человечески естественны и "нормальны" (несмотря на то, что в разных семьях на это смотрят по-разному), точно так же в своих семьях мы учимся тому, о чем и как можно и должно говорить, как реагировать на трудности, как справляться со страхом, как и когда быть здоровыми и больными. Вот почему некоторые болезни могут передаваться потомкам.

На первый взгляд решение предложить легко. Если кто-либо играет в такие странные игры со своим подсознанием и другими людьми, от чего страдает его собственный организм, семья его или ближайшее окружение, то нет ничего проще, чем сесть, подумать, хорошенько во всем разобраться и прекратить эти вредные игры. Так-то оно так, да только еще древним грекам было известно, что подсознание невосприимчиво к доводам разума.

Двумя веками позднее к тем же выводам пришел психоанализ. Был найден и способ, как добраться до подсознания. Все бы хорошо, однако, чтобы лечение принесло плоды, требуется около четырехсот терапевтических сеансов. Стало быть, для излечения необходимо иметь своего психоаналитика, много времени и денег. Если это не ваш случай (мы несколько не сомневаемся, что денег у вас достаточно, психоаналитика на них вы наверняка нашли бы, и проблема лишь во времени), не стоит падать духом. Существуют другие действенные методы, многими из которых вы в состоянии овладеть сами. Их можно разделить на две категории. Одни позволяют внедриться в подсознание посредством мысли или слова, другие предполагают выполнение физических упражнений. В дальнейшем мы познакомим вас с некоторыми из них. Зависит от вас, чему отдать предпочтение. Выбирайте, что для вас хорошо и эффективно.

Упражнения на дыхание

Когда человек начинает испытывать волнение, тревогу, страх, то есть переживает стресс, это всегда легко распознать по изменению дыхания. Подобные перемены у большинства людей, страдающих какой-нибудь болезнью, предшествуют моменту очередного усиления заболевания. Но если выровнять дыхание, исчезнут и чувства, вызывавшие его нарушение, а также удастся избежать последствий. Благодаря специальным упражнениям можно как приглушить, так и устранить проявления многих заболеваний (например, иногда можно "заблокировать" начинающийся приступ желчного пузыря, аллергические реакции и т.д.). Владеть своим дыханием не помешает и людям, которые здоровы-здоровешеньки. С одной стороны, с целью профилактики возможных заболеваний; с другой - что более актуально - чтобы уметь быстро успокаиваться (а это, собственно, лучше всякой профилактики).

В своих системах гигиены тела и духа Европа (в отличие от Востока вообще и Дальнего Востока в частности) не слишком внимательно отнеслась к дыханию. Большинство из нас дышит, так сказать, беспорядочно. Мы дышим неглубоко и особенно пренебрегаем выдохом, так что выпускаем из легких отнюдь не весь отработанный воздух. В принципе, ничего страшного - при нашем-то сидячем образе жизни мы не нуждаемся в большом количестве свежего воздуха. Но все же это дает о себе знать, когда, к примеру, человек опаздывает на электричку. Достаточно небольшой пробежки с кратковременным ускорением, и бедолага чуть не валится с ног. Когда же, едва переводя дух, усаживается, то за него сразу берется совесть. И укоры ее будут особенно ядовиты, если он окажется не в вагоне, а всего лишь на скамейке перрона, поскольку поезд от него все-таки уйдет, то есть даже бегать и то он не в состоянии. Она станет нашептывать, как плохи его дела, как сильно он запыхался, какой он ленивый, нетренированный, как много курит и, наконец, что же будет, если его свалит какая-нибудь хворь?

Такое в самом деле может произойти от недостатка движения и избытка смолы в легких. Но не обязательно. Если же наш герой скажет себе, что болезнь уже наверняка подтачивает его здоровье, хотя вроде бы и не с чего, ведь он ведет "здоровый образ жизни", то им овладеет страх. От этого заносит грудь, дышать станет еще труднее, может даже возникнуть боль в грудной клетке. "А что если мне грозит

инфаркт? - ужаснется несчастный. - Или астма?" Разумеется, голова у него пухнет от мыслей, так что ночью он долго не спит, утром просыпает и потом делает робкую попытку успеть на поезд. Все повторяется, и это лишний раз доказывает бедняге, что здоровье его по меньшей мере пошатнулось. Если он будет продолжать в том же духе, то через некоторое время, возможно, заработает и инфаркт, и астму. А все почему? Потому что не умел делать хороший выдох, будучи на редкость порядочным, ответственным и, как это частенько случается, немного мнительным человеком. Упражнения на дыхание упростят вам не только пробежки до остановок, но и помогут избавиться от излишнего беспокойства.

Полноценное дыхание

1) Дышите "нормально", то есть как обычно; одновременно следите за тем, какие части тела принимают в этом участие и в каком порядке. (Вы дышите носом или ртом, когда выдыхаете, приподнимается ли у вас во время вдоха сначала живот, потом грудная клетка, затем воздухом наполняется пространство под ключицами или все происходит в иной последовательности?)

2) Встаньте или сядьте, выпрямив спину. Вдыхайте воздух носом так, чтобы сначала наполнить им нижнюю часть легких (можете выпятить живот), затем среднюю часть легких (при этом у вас расширится грудная клетка) и наконец как бы под ключицу.

3) После вдоха на некоторое время задержите дыхание.

4) Затем медленно выдыхайте через нос, так, чтобы опорожнить легкие в той же последовательности, в какой вы наполняли их при вдохе, - то есть начните с живота. Пытайтесь выдохнуть сильнее (как если бы вы надували мяч), особенно из "живота". Прервитесь, когда выдохнуть будет просто нечего.

Не пугайтесь, если у вас неожиданно "выскочит" живот. Система дыхания устроена таким образом, что вдох автоматически следует за выдохом. Это один из наших предрассудков, будто мы должны обращать внимание на глубокий вдох. Если мы сделаем хороший выдох, то глубокий вдох получится сам собой - новая порция воздуха может попасть к нам в легкие только в объеме, не превышающем порции выдоха. Следующий европейский предрассудок связан с преимущественным вдыханием в "грудную клетку". Пренебрегая в этом смысле животом, вы не используете более половины дыхательной мощности легких. Указанное в пунктах 2-4 неплохо

было бы осуществлять по несколько раз в день. Причем "просто так", без каких-либо мыслей на тему, что вы, мол, сейчас учитесь, и ваша цель - овладеть полноценным дыханием, стало быть, необходимо очень стараться и следить за собой даже в обычной обстановке, не дышу ли я уже полной грудью. Лучше подойти к этому как к игре, к которой вы будете возвращаться несколько раз в день, не сосредотачиваясь на ожидаемом эффекте. Почаще играть в эту игру следовало бы тем, кто, сравнивая пункты 1 и 2-4, установит, что дышит он не только беспорядочно, но и в неправильной физиологической последовательности.

Что же происходит с дыханием в состоянии психологического стресса? Испытывая страх, человек наиболее часто задерживает дыхание и дышит весьма поверхностно ("еле дышит от страха"). Недостаток кислорода делает свое дело, вследствие чего усиливается тревога, и это приводит иногда к разного рода неприятным физическим проявлениям. Некоторые люди реагируют на экстремальные воздействия предельным повышением частоты и глубины дыхания (глотают воздух, как рыбы на берегу). Гипервентиляцией они могут создать себе немало проблем. Гипервентиляция способна повлиять на сознание не хуже сильных наркотических средств, что, в частности, используется в ряде психотерапевтических методов. Но если, скажем, в одно из таких состояний вы впадете из-за своего дыхания во время коммерческих переговоров, то это вас явно не украсит. Дело в том, что в начале гипервентиляции вызывает чувство паники; в этой панике вы еще более жадно начнете глотать воздух и тем самым лишь усугубите гипервентиляцию. Вы будете не только чувствовать себя, но и выглядеть настолько жалко, что вам наверняка вызовут неотложку. "Первая помощь" при гипервентиляции проста: рекомендуется дышать в бумажный кулек - собственно, несколько раз вдыхать уже отработанный вами воздух, благодаря чему вы избежите отравления кислородом, который сами же и нагнетали. Еще лучше упражнение на дыхание - оно помогает при обеих крайних реакциях на стресс.

1) Сядьте ровно и вдыхайте так, как вы этому научились в предыдущем упражнении. Вдох должен длиться столько времени, за которое вы сможете не спеша сосчитать до пяти.

2) Далее на три счета задержите дыхание.

3) Выдыхая, считайте до пяти, и снова на три счета задержите

дыхание.

4) Считайте ритмично; весь цикл повторяйте до тех пор, пока не почувствуете, что успокоились.

Так же, как с дыханием, поступим и со всем прочим, что касается нашего тела. Как уже упоминалось, мы принимаем тело за нечто "свое", нередко, однако, ведем себя по отношению к нему на манер новоиспеченного владельца мощного компьютера, использующего машину с той целью, чтобы запросить у нее дату и время. Постольку-поскольку ничего другого дилетант попросту не умеет. Вот и мы не умеем ни слушать свое тело, ни владеть им, ибо никто нас этому не научил. Из физических функций мы, живя в условиях нашей культуры, в совершенстве освоили разве что выделения. На тех, кто умеет не только это, смотрим, как на кудесников или, скорее, как на ловких иллюзионистов. Они в наших краях неплохо зарабатывают в своих цирках, мы же, как зрители, пытаемся докопаться, как, мол, удастся такое этим "плутам". Сообщения о факирах, позволивших, скажем, зарыть себя на глубине трех метров сроком на один месяц, мы воспринимаем как неподражаемый ухарский поступок, если нет оснований сомневаться в их достоверности. При всем том каждый из нас имеет некоторый опыт того, как определенным направлением мысли или посредством каких-либо импульсов, можно воздействовать на физические функции. Находчивые мамы маленьких ребятишек знают, что боль превосходно гасится переключением внимания и сосредоточением его на чем-нибудь интересном. Когда их чада, хорошенько стукнувшись или шлепнувшись, заревут, аки рыкающие львы, они мигом предложат потомкам что-либо интересное и приятное, начиная со своих объятий и заканчивая увлекательной игрушкой. Опыт служб по оказанию первой помощи пострадавшему подтверждает факт позитивного воздействия развлекательных программ (телесериалы, трансляции спортивных состязаний) на состояние здоровья популяции. Когда по телевизору показывали "Клинику Дитла на городской окраине", кабинеты служб пустовали.

Между тем человек способен овладеть всеми вегетативными функциями. Ради этого не обязательно ехать в Индию и становиться факиром. Например, люди, освоившие так называемую биофидбэк - биологическую обратную связь, умеют с помощью сознания управлять кровообращением, потенциалом мозга, биением сердца. В

Индии такое не в диковинку - там это умеет каждый квалифицированный йог. Управлять вегетативными реакциями тела можно научиться как посредством йоги, так и иначе. К примеру, упомянутая техника биофидбэка помогает выработать по сути те же условные рефлексy. Для того, кто родился позднее и не застал бума павловизма пятидесятих, напомним, что условный рефлекс вырабатывается таким образом, что перед тем, как накормить собаку, включают, скажем, зеленый свет. Если вы станете делать это регулярно, перед каждой кормежкой, то при одном виде зеленого света у собаки начнут течь слюнки, даже если еда и связанный с ней последующий ритуал ей ничуть не грозят. Если, конечно, вы будете лишь светить собаке, не давая ей пищи, то со временем физиологическая реакция выделения слюны на зеленый свет исчезнет. И так это происходит со многим, не только у собак. При обучении биофидбэку индивид подключается к прибору, измеряющему ту физиологическую функцию, которой он овладевает. Стало быть, он своими глазами видит, как продвигается у него дело. За успешное выполнение поставленной задачи он непременно поощряется. Таким образом можно научиться регулировать уровень кровяного давления, частоту пульса, прозрачность бронхов, поступление крови в различные органы (например, снижение поступления крови в мозг помогает при сильных головных болях, а повышением ее поступления в определенную область можно достичь эрекции, что тоже бесполезно для некоторых), а также мозговой потенциал (поднятие настроения). Однако далеко не каждый имеет у себя дома хорошо оснащенную экспериментальную физиологическую лабораторию, поэтому в смысле ежедневного применения данный подход непрактичен. Между тем существуют и не такие сложные в техническом отношении методы.

Упражнения, которые следуют ниже, весьма действенны, если, конечно, заниматься ими по-настоящему. Их нетрудно понять и даже поверить в их эффективность. Но поскольку предполагается работать с подсознанием, то в данном случае всякие умозаключения - не более чем интеллектуальная разминка. Это так же, как если бы вы уразумели процесс постройки дома, - ведь отсюда вовсе не вытекает, что вам было бы, где жить. А если одно другому и не противоречит, ибо дом у вас уже есть (то есть все-то вы умеете и давно живете своим умом), - тогда вы только напрасно теряете время на чтение. Тот,

кто начнет сомневаться или вообще не поймет, о чем речь, оказывается в наиболее выгодном положении. Подсознательные и бессознательные процессы едва ли можно "обнять умом". Следует попробовать и подождать, что получится.

Упомянем еще об одной вещи, пустившей в нас глубокие корни. Поосторожней насчет упорства в достижении цели! Если вы с этим переборщите, то, скорее, добьетесь простого перенапряжения, а не цели. В обычных рабочих ситуациях человек нередко бывает утомлен не столько тем, что делал или сделал, сколько тем, как был настроен на работу. Причем не имеются в виду случаи, когда людям просто не хочется чем-либо заниматься и они тратят время и энергию на измышление препон и рогаток, мешающих им делать то, что нужно, а также мучаются от этого угрызениями совести. Дело в том, что довольно часто мы мобилизуем слишком много сил, полагая, будто это необходимо для успешного выполнения задачи. Данное человеческое качество служит основой многих розыгрышей - попросите, например, кого-нибудь поднять объемистый чемодан, в котором не будет ничего, кроме воздуха. Вы здорово повеселитесь. Любезный согражданин, глядя на чемоданище и ожидая, что он окажется ужасно тяжелым, наперед приготовится взять крупный вес. Вы заметите, как он напряжется и станет собираться с силами. Если дело дойдет до поднятия чемодана, то противоречие между приложенными и достаточными усилиями произведет комический эффект, в большинстве случаев еще и потому, что ваш помощник потеряет равновесие, поскольку его же собственная сила обернется против него. И вы рассмеетесь, не подозревая о том, что нечто подобное сами совершаете по несколько раз в день.

У спортсменов это называется предстартовой лихорадкой. Если волнение слишком сильное, оно блокирует продуктивность. Или, по меньшей мере, приводит к большим затратам энергии, чем требуется для выполнения задачи. Некоторые специалисты именно в этом усматривают причину возникновения менеджерской болезни - то есть речь идет о том, что сей недуг поражает не тех людей, которые отличаются высокой деловой активностью, а тех, кто прикладывает к реализации намеченного нецелесообразные, излишние усилия. Целый ряд теорий и связанных с ними практических методов (например, психофизический метод Мастерса; техники, инспирированные йогой) основаны на признании того факта, что представители нашей

цивилизации вообще не умеют обращаться со своим двигательным аппаратом. Мы не умеем регистрировать, верно определять мышечное напряжение, а следовательно, и те усилия, которых требует от нас какая-либо деятельность. И это касается не только физической работы. Многие студенты, активные деятели искусства, другие профессионалы жалуются, что после результативной работы (экзамен, концерт, лекция, важная встреча и т.д.) они в течение нескольких дней ощущают мышечную усталость, соизмеримую с тем, как если бы нетренированный человек выполнил очень тяжелую физическую работу (разгрузил вагон картошки). Стало быть, все наши мышцы напрягаются даже в том случае, когда единственно язык и мышцы гортани и рта принимают участие в работе (что вроде бы не является тяжелым физическим трудом). Как бы непривычно это ни звучало, однако и от разговоров может ломить все тело.

И последнее существенное замечание, перед тем, как вы займетесь упражнениями. Дома и в школе нас учили тому, что важно не столько думать о результате, сколько стремиться. Прилежание и твердая воля - вот что необходимо больше всего, и это непременно оценят. Любая учеба - процесс преодоления препятствий, то есть процесс напряженный и малоприятный. Ради лучезарного завтра (высшего образования, наград за вершинные достижения в спорте, в искусстве и т.д.) кое-чем, разумеется, придется жертвовать - ограничивать себя, стиснуть зубы, корпеть, терпеть, и нам воздастся. В основе всякой техники, предполагающей работу над своим телом, лежат совершенно иные предпосылки. Чтобы какое-либо учение принесло плоды, оно должно быть приятным, должно радовать человека само по себе. Чем усерднее вы станете пытаться что-либо улучшить, тем меньше вам будет удаваться. Стремление и усилия автоматически ведут к чрезмерному повышению мышечного напряжения, а это ваш главный враг. В конце упражнений вы должны ощущать не усталость, а расслабленность и свежесть.

Одной из хорошо разработанных систем является комплекс психофизических упражнений, разработанный Александером и другими. Цель упражнений - ослабить чрезмерное мышечное напряжение отдельных частей тела. Авторы убеждены, что за большинством психосоматических заболеваний, которые могут быть завершающей стадией менеджерского синдрома, стоит высокое стабильное мышечное напряжение.

Итак, можете апробировать упражнения, которые особенно полезны для лиц с "сидячей" работой. Наиболее важной Александер считает область шеи и плеч, от плохой подвижности которых возникают прочие проблемы нашего тела.

Улучшение подвижности головы и шеи

1) Лягте на спину, вытянув руки вдоль тела; ладони произвольно обращены к подстилке. Закрыв глаза, прочувствуйте то, как лежит ваше тело. Особое внимание уделите позвоночнику, спине и плечам.

2) Ощутите пространство между шеей, спиной и подстилкой. Рукой обнаружьте пустоты, которые там существуют, и подумайте, насколько ваши представления отличались от реальности. Пространство под шеей одинаково как с левой, так и с правой стороны?

3) Проследите за своим дыханием. Вы дышите обеими ноздрями? Вы ощущаете воздействие дыхательных движений в плечах и в спине?

4) Поверните голову (глаза по-прежнему закрыты) сначала налево, потом направо, но только до положений, которые вам удобны. Упражнение повторите 25 раз, начинающие повторяют его до тех пор, пока движения их не тяготят. Отдохните.

5) Протяните руки по направлению к ступням. Во время данного упражнения и плечи тянутся вниз (к ногам). Скомбинируйте движение рук с одновременным поворотом головы. Когда поворачиваете голову влево, левая рука тянется по направлению к ступне. При движении головы вправо - правая. Упражняйтесь до тех пор, пока испытываете ощущение полной естественности движений. Затем немного передохните.

6) Руки положите на живот, ниже пупка, так, чтобы одна закрывала другую. Продолжайте повороты головы слева направо таким образом, чтобы это не вызывало неприятных ощущений. Повторите упражнение 15-25 раз. Следите за небольшими движениями всего тела.

7) Скрестив руки на грудной клетке, вновь поворачивайте голову слева направо. Следите за тем, как при этом слегка движется все тело (плечи, грудная клетка, ягодицы). Отдохните.

8) Лежите расслабленно, руки вытянуты вдоль тела. Теперь вы будете только представлять движение головы из стороны в сторону. Можете мысленно проделать все упражнения еще раз - не двигаясь.

Постарайтесь припомнить каждое микродвижение и те ощущения, которые вы испытывали. В случае, если будете представлять себе движение рук вниз, прочувствуйте то, что ваше тело понимает указание направления, независимо от положения, в котором оно находится (умом-то вы понимаете, что вверх - это к потолку, а вниз - к полу, но когда вы лежите и воображаете себе, как рука тянется вниз, то автоматически представляете движение по направлению к ступням, хотя в данной ситуации это движение не вниз, а по горизонтали).

9) Открыв глаза, быстро поворачивайте голову из стороны в сторону. Обратите внимание, что плечи вторят движениям головы. Закройте глаза. Отдыхайте.

10) Лежа с закрытыми глазами, представьте, что стоите на лугу и разглядываете маленький цветок. Потом вообразите, будто смотрите на огромное дерево, упирающееся макушкой в самые облака. Затем представьте, что перед вами озерная гладь, в которой вы видите собственное отражение или опять же облака. Наконец, вообразите заснеженную вершину горы.

11) Еще раз, лежа с закрытыми глазами, представьте маленькое цветущее растение. Откройте глаза и проверьте, куда вы смотрите. Закрыв глаза, вообразите высокое дерево. Откройте глаза, чтобы увидеть, куда направлен ваш взгляд. Все то же сделайте с озером и с вершиной горы. Вы наверняка уясните для себя, что, открывая глаза, вы всегда смотрите в том направлении, в каком необходимо было бы делать это в положении стоя (разглядывая цветок, мы смотрим вниз, в нашем случае - по направлению к ступням, и т.д.). Закройте глаза. Вновь вообразите себе цветок и вершину горы и проследите при этом за движением глаз (пусть даже они закрыты).

12) Закройте глаза (если вы их открыли). Два-три раза поверните голову слева направо. Затем продолжайте делать это исключительно мысленно. Хотя повороты головы происходят только в вашем воображении, проследите, совершаете ли вы и наяву слабые движения головой, то есть если бы за вами кто-либо наблюдал, он заметил бы их?

13) Теперь, с закрытыми глазами и с руками, скрещенными на грудной клетке, поверните голову влево и представьте себе, что вы смотрите вдаль. То же самое сделайте, повернув голову вправо. Открыв глаза, повторите процедуру. Затем сделайте то же с открытыми глазами и с руками, вытянутыми вдоль тела. Отдохните.

14) Закрыв глаза, представьте себе движение, которое сопровождает сначала взгляд влево, потом вправо. Повторите это несколько раз. Далее сделайте наоборот - в воображении смотрите вправо, в то время как голова будет двигаться в противоположную сторону (опять же только в ваших фантазиях). После ряда повторов вернитесь к представлению о повороте головы при взгляде в том же направлении; в заключение поупражняйтесь в этом несколько раз (умозрительно).

15) Открыв глаза, совершенно спонтанно поворачивайте голову влево и вправо. Ваш взгляд наверняка будет вторить вращательному движению головы. Кроме того, вы, возможно, уясните, что когда желаете посмотреть "вдаль" влево, то и голова поворачивается сильнее.

16) Отдыхайте. Подытожьте свои "впечатления". Вы, случайно, не заметили, что после выполненных упражнений шейные мышцы стали более эластичными? При желании подняться повернитесь не спеша набок и встаньте. Некоторое время походите по комнате, следя за новыми ощущениями.

Комплекс приведенных упражнений способствует не только разработке шейных мышц. Выполняя упражнения, вы учитесь также слушать собственное тело, осознавать, что, собственно, вы делаете, когда что-либо делаете. Что касается большинства движений, то человек вообще не отдает себе отчета, как это у него получается, поскольку осуществляет их чисто машинально. Тело - плохой господин, но хороший слуга. Посему нелишне было бы знать, на что оно способно и в чем нуждается.

Упражнения просты и не требуют от вас особой физической подготовки. Вместе с тем по времени они накладны, и не каждому по душе ежедневно тратить три четверти часа на что-либо подобное. Впрочем, если последовательно придерживаться философии данных упражнений, неважно, что вы ими не занимаетесь. Чем с отвращением приступать к занятиям, лучше не упражняться вообще. (Все равно не удалось бы достичь эффекта.) К тому, чтобы наконец-то лечь и начать заниматься, вы немножко можете себя принуждать, но сам процесс освоения должен приносить радость.

Систем тренажа существует немало. Наиболее разработанными из них являются, пожалуй, йога и китайская гимнастика. Все европейские и американские подходы так или иначе инспирированы

ими. Большинство приверженцев какого-либо типа тренажа готовы поклясться, что именно их метода всего эффективней. И они по-своему правы. Собственный путь каждый должен отыскать сам, а им это явно удалось. Из всего этого следует вывод, что если вы пожелаете заниматься чем-либо в этом роде, то сначала всегда попробуйте, потом оцените и сделайте выбор.

Не каждому по вкусу физические упражнения, даже проводимые лежа, неспешно и щадяще. В плане диалога с собственным телом условие это необязательное. Можно договариваться с ним и мысленно. Однако внимание - без участия разума; к рациональным аргументам наше тело глухо (в чем каждый мог убедиться еще до десяти лет). Подходы, предполагающие "ментальное" влияние на тело, опять же инспирированы восточными реалиями, особенно мантрами. Мантра - повторение слогов, слов или фраз, которые адепт йоги произносит вслух, негромко или же только про себя. Индусы верят в магическо-мистическое воздействие мантр. Когда же этот прием был исследован методами рациональной европейской медицины, то выяснилось, что действие мантр показательно во многих отношениях. При проговаривании мантры имеет место продолжительный и "глубокий" выдох (о том, что это значит, мы упоминали выше). Проговаривая мантру про себя, человек как бы "вычищает" поток сознания. Когда мы чего-либо опасаемся, мысли о проблеме лезут в голову сами собой, независимо от нашего желания. Прогонять их волевым усилием и т.п. - напрасный труд. Чем больше мы стараемся не думать о проблемах, тем сильнее они нас одолевают. И если б только одолевали. Переживания сказываются и на нашем теле, поскольку нередко от них становится плохо (у одного заболевает сердце, у другого - желудок и т.д.). Таким образом, собственно, человек волей-неволей упражняется в создании психосоматических заболеваний. Проговаривая же свою "мантру", вы настолько заполняете этим сознание, что в нем не остается места ни для чего другого. Подход явно эффективен и в том смысле, что вы успокаиваетесь, так как вместо сосредоточения на своей проблеме (а еще и на том, что не способны выбросить ее из головы) целиком посвящаете себя проговариванию мантры. Свою роль играет также ритмичность повторения слов или фраз, что уже само по себе ведет к общему успокоению и гармонизации. Согласно некоторым теориям, значение "мантр" куда весомее. Ибо с их помощью можно реально

влиять на собственное подсознание. Для полноты изложения добавим, что существуют и такие, кто расценивает "мантру" как прием "белой магии", то есть как способ воздействия не только на самих себя, но и на окружающий мир силой слова. Предполагается, что все то, чего мы очень сильно желаем и постоянно повторяем в виде позитивной формулировки, непременно произойдет. Что ж, возможно.

При создании "мантры" или, скорее, формулировки, как это у нас больше принято, необходимо руководствоваться определенными правилами:

1) Она должна быть в высшей степени лаконичной (повторение десяти фраз нецелесообразно уже по той причине, что их трудно будет запомнить, и вы лишь спровоцируете новый стресс, поскольку, вместо проговаривания формулировки, станете горевать по поводу своей ужасной памяти).

2) Формулировать следует позитивно, всего лучше так, как если бы желаемое было реальностью. К примеру, не так: "Когда я рассержусь, сердце у меня не заколотится и не даст перебоев". Но так: "Мое сердце бьется спокойно и ритмично". Или, скажем, не так: "Я похудею!" Но так: "У меня хорошая фигура". Требование позитивной формулировки в настоящем времени не означает, что вы можете безбоязненно лгать. То есть неприемлемо при росте 160 см и весе 100 кг говорить себе: "Я строен (стройна), как кипарис (как горная козочка)". Вы вправе возразить, что, мол, при таких параметрах едва ли уместна фраза "у меня хорошая фигура". Но это дело вкуса - существуют культуры, признающие красивыми именно таких людей, хотя они и не являются стройными. К тому же вопрос еще и в том, действительно ли вы желаете стать тонкими, как прутик, или главным образом стремитесь к тому, чтобы вес перестал быть для вас стрессовым фактором. Весьма вероятно, что в случае, если вам удастся достичь внутренней гармонии и поладить с самими собой, вы похудеете. Может быть, и не на 42 кг, однако настолько, насколько это соответствует вашей конституции.

3) Формулировку хорошо повторять про себя, используя каждую свободную минуту, когда ваши мысли не заняты разного рода проблемами; лучше всего делать это в рамках неинтеллектуальной деятельности (во время ожидания трамвая, мытья посуды, отдыха). Ежедневно требуется повторять формулировку раз двести.

4) Не думайте о том, когда, наконец, даст о себе знать эффект; чем меньше будете его ждать, тем больше обретете. Если вы чересчур озаботитесь тем, когда же это подействует, то новый стресс вам гарантирован.

5) Не гонитесь сразу за несколькими зайцами - не поймаете ни одного. Выберите для себя, что вас больше всего волнует "здесь-и-сейчас", что всего необходимее изменить, и сосредоточьтесь на этом.

6) Таким образом, собственно говоря, можно запрограммировать любую перемену, о которой вам мечтается. Формулировка может быть как общего плана, например, "я доволен (довольна) собой", так и абсолютно конкретной, например "я хорошо сплю и прекрасно высыпаюсь", если ваша главная проблема - это бессонница.

Изложенный подход универсален, поскольку избавляет человека от ожиданий грядущих перемен к худшему. Избавляет его от страха перед окружающим миром. Учит его жить настоящим. А это то, чего так недостает людям, склонным к психосоматическим заболеваниям.

Если вы научитесь лучше разбираться в себе, вам будет проще понять других и договориться с ними.

Александр ЛОУЭН

ПСИХОЛОГИЯ ТЕЛА

(Лоуэн А. Психология тела. - М., 1997, С. 25-41, 129-152)

Понятие энергии

Восточная религиозная мысль характеризуется тем, что объединяет дух, или духовность с энергетическим взглядом на тело. Например, хатха-йога предполагает существование двух противоположных энергий: "ха" - или энергии Солнца, и "тха" - или энергии Луны. Цель хатха-йоги - достижение равновесия между этими двумя силами. Согласно Эсудиан и Хайх - авторам книги "Йога и Здоровье", наше тело пронизано позитивными и негативными потоками энергии, и когда эти потоки полностью уравниваются, мы наслаждаемся идеальным здоровьем. Легко понять, почему примитивные народы считают Солнце и Луну энергетическими телами: оба они непосредственно влияют на Землю и жизнь на ней. Согласно китайской идее, здоровье зависит от равновесия противоположных энергий, инь и ян, представляющих энергии Земли и Неба. В китайской практике лечения акупунктурой различают каналы, по которым движутся эти энергии. Посредством укалывания иглами или надавливания пальцами на акупунктурные точки можно управлять течением энергии в теле в целях излечения болезней и укрепления Здоровья.

Другим способом, который используют китайцы для мобилизации энергии тела и сохранения здоровья, является программа специальных упражнений, известных как тайцзицюань. Движения тайцзи обычно делаются медленно и ритмично, при использовании минимальной силы. Согласно Герману Канцу "удар делается на расслаблении", которое "помогает течению внутренней энергии, называемой по китайски "чи" а по японски "ки". Резервуар этой энергии находится, как считается, в нижней области живота".

Мысль Запада объясняет энергию в механистических категориях, как нечто поддающееся измерению. Но, поскольку никакими доступными инструментами эти энергии измерить не удалось, стремящийся к точности западный разум отрицает их существование. Однако живые организмы реагируют на некоторые аспекты энергии тела так, как машины реагировать не могут. Например, возбуждение,

которое чувствует любящий человек, когда встречает свою любимую - явление энергетическое, которое не измерил еще ни один прибор. Жизненность, излучаемая влюбленными - следующий пример энергетического явления, которое также не зарегистрировал ни один инструмент. Несмотря на то, что кирлиановская фотография показала существование ауры или энергетического излучения, окружающего тело, еще никому не удалось объяснить это явление в количественных категориях. Еще до того, как мысль Востока начала проникать в западную культуру, что имело место совсем недавно, некоторые ученые оспаривали точку зрения, что тело было лишь сложной биомеханической машиной, оживленной неким неясным духом и облагороженной метафизической душой. В прошлом столетии французский писатель и философ Генри Бергсон постулировал существование силы или витальной энергии, так называемой *elan vital*, которая оживляет тело. Приверженцы витализма, как было названо это направление, не могли принять мысль, что функционирование живого организма можно полностью объяснить в химических или физических категориях. Однако по мере развития техник и методов научного исследования, которые дали возможность выяснить биохимическую основу телесных процессов, на витализм стали смотреть как на нечто не поддающееся научному исследованию, не имеющее отражения в объективной реальности.

Современная медицина также придерживается этого взгляда. Когда я начал изучать медицину в 36 летнем возрасте, я много размышлял о том, какое значение для здоровья могут иметь чувства и как мы можем объяснить такие явления как любовь, храбрость, гордость и красоту. Знания, которые я получил в медицинской академии, были очень ценными, но ни одно из ниже названных понятий там даже не упоминалось. Не рассматривались даже такие важные эмоции, как страх, гнев и грусть, так как считалось, что это явления психологические, а не физиологические. Боль изучалась лишь исходя из неврологической и биохимической точек зрения, ну а чувством удовольствия вообще никто не занимался, несмотря на то, что оно представляет такую мощную силу нашей жизни.

Самым серьезным белым пятном в медицинском образовании в то время была (остается в меньшей степени и сейчас) сексуальность человека. Каждому врачу известно, что эта функция необычайно важна для жизни и здоровья. И насколько к функции

репродуцирования подошли исчерпывающе, настолько сексуальность обделена вниманием из-за того, что она не относится к какому-либо одному органу, а связана с чувствами, охватывающими все тело. Благодаря изучению именно этой функции Вильгельм Райх понял, в чем состоит роль энергии в процессе жизни.

Современные медицинские науки занимаются прежде всего функциями органов. Врачам приходится специализироваться в лечении отдельных систем, таких как дыхание, кровоснабжение или пищеварение. Наука о целостном человеке неизвестна западной медицине. Можно подумать, что это область психиатрии или психологии, однако эти дисциплины ограничились изучением мыслительных процессов и их влиянием на тело.

Точка зрения о том, что мыслительные процессы принадлежат к одной области, так называемой психологии, а физические процессы к другой, так называемой медицине органов, не согласуется с моделью принципиальной целостности человеческой личности. Такой взгляд - результат отделения духа от тела и ограничение его сферой сознания. Этот разрыв искалечил психиатрию и истощил медицину. Единственным способом справиться с этим нарушением целостности человека, является возвращение психики в тело человека. Здесь было ее первоначальное место. Единство тела и духа выражено в греческом корне *psychein*, что означает дыхание. Целостный взгляд на человеческий организм привел бы к признанию того, что тело пронизано духом, который оживляет психику и контролирует его работу.

Поскольку такое определение психики происходит от витализма, наука не может его принять. Таким образом, оно было вытеснено в королевство метафизики. Однако именно с помощью психологии в форме психоанализа был открыт путь к пониманию духа как энергетического явления. Эта дорога привела психологов на территорию сексуальности, которая игнорировалась традиционной медициной. Фрейд предстал перед проблемой сексуальности, стараясь понять истерические симптомы, психосоматические заболевания, которые ни медицина, ни психология не могли объяснить, пока Фрейд не опубликовал своего классического учения. Он показал, что истерия - это результат перенесения в физическую плоскость психического конфликта, связанного с сексуальностью и происходящего из раннего травматического сексуального

переживания. Однако ни Фрейд, ни другие психоаналитики не были в состоянии объяснить, каким образом происходит это перенесение. В результате психосоматическая медицина страдала от разрыва между психикой и соматикой и не могла их объединить.

Это объединение смог сделать Вильгельм Райх, используя понятие энергии. Он понял, что конфликт возникает одновременно на двух уровнях: психическом и соматическом. Он подошел к психике и соматике, как к двум аспектам, мыслительному и физическому, одного неделимого процесса. Подходящей метафорой может быть реверс и аверс монеты, ведь, чтобы мы ни делали с монетой, это касается обеих ее сторон. Так же и сознание и тело составляют две разные функции, взаимно влияющие друг на друга. Райх сформулировал свою концепцию, как принцип психосоматического единства и противоположности. Общность существует на глубинном энергетическом уровне организма, в то время как на уровне наблюдаемых явлений существует противоположность. Эти на первый взгляд сложные взаимоотношения можно ясно представить при помощи иллюстрации модели этих связей (рис. 1).

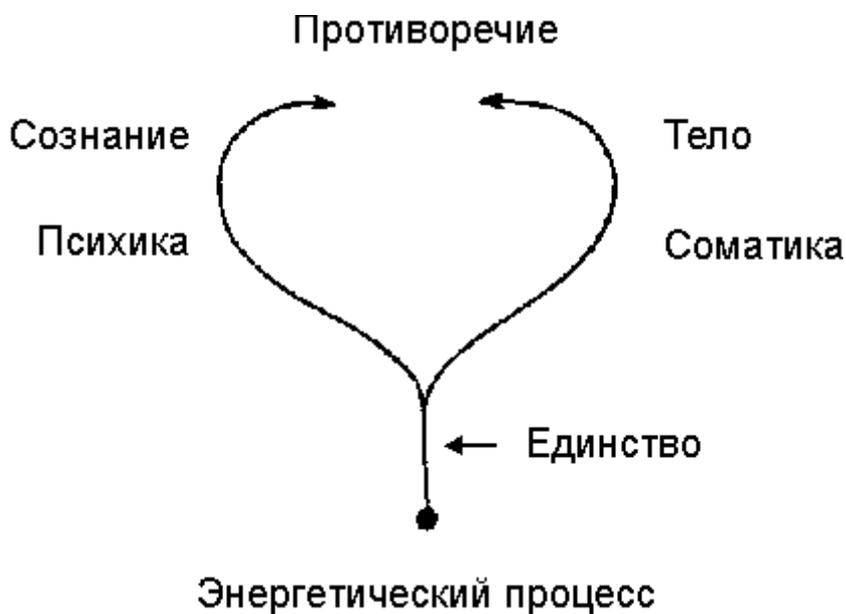


Рис. 1. Райх рассматривает психику и тело как единые на глубоком уровне, но противоположные на поверхностном уровне.

Возникает вопрос, касающийся природы этого энергетического процесса, а также участвующей в нем энергии. Райх представлял этот процесс как пульсацию, как возбуждение и расслабление, которые

можно почувствовать в виде энергетических потоков в теле. Идея энергии, действующей в теле (конкретно в его сексуальной функции), принадлежит Фрейду. Он открыл, что другие физические недомогания, такие как неврастения, ипохондрия или беспокойство, связаны с нарушением сексуальной функции. Поскольку половой акт сопровождается эмоциональной разрядкой, Фрейд считал, что эта разрядка имеет энергетический характер и постулировал, что сексуальное влечение возникает в результате накопления сексуальной энергии, которую он назвал либидо. Сначала Фрейд считал, что либидо - это физическая энергия, но не будучи в состоянии доказать ее существование, определил ее позднее как психическую энергию сексуального влечения. Сделав это, он увеличил пропасть между сознанием и телом.

В отличие от Фрейда Юнг рассматривал либидо как энергию, которая включает все функции и движения тела. Однако он не назвал ее физической силой. В результате этого дух, психика и либидо остались физическими понятиями, а духовность - понятием сознания.

Райх вернулся к начальной фрейдовской концепции либидо как физической энергии и провел некоторые эксперименты, чтобы определить, можно ли ее измерить. Он открыл, что электрический заряд на поверхности эрогенной зоны (грудь, губы и ладони) увеличивался, когда эта зона раздражалась. Болезненное воздействие на эту зону понижало заряд. Кроме того, Райх показал, что при приятной стимуляции усиливался кровоток в зоне возбуждения, в то время как болезненной стимуляции соответствовало некоторое уменьшение кровотока.

Эти эксперименты позволили Райху разрешить конфликт между виталистами и механицистами. В мертвой материи нет зависимости между приятной стимуляцией, набуханием и увеличением электрического потенциала. Однако он подчеркнул, что "живая материя функционирует, опираясь на те же законы физики, что и неживая материя". Просто эти законы действуют по-другому, так как живое тело является особой энергетической системой.

Но позднее Райх пришел к убеждению, что в процессе жизни участвует особый вид энергии. Он назвал ее "оргоном" и утверждал, что это прото-энергия Вселенной. В период сотрудничества с Райхом я также поверил в существование этой энергии. Я считаю, что существуют доводы, доказывающие, что энергия процесса жизни

является энергией, отличной от электромагнетизма. Мы можем согласиться, что для питания жизни нужна энергия. Чтобы избежать споров, которые могут возникнуть при использовании термина *orgon* или другого подобного названия, говоря об энергии жизни, я использую термин **биоэнергия**. Поскольку моя форма психотерапии опирается на концепцию энергетических процессов тела, я называю ее биоэнергетическим анализом.

Чтобы облегчить читателям понимание дальнейших рассуждений, я начну сейчас отступление, объясняя, в чем состоит биоэнергетический анализ. Личность в биоэнергетическом анализе рассматривается как пирамидальная структура. На вершукше - голова, где находятся сознание и эго. У основания, на самом глубоком уровне тела находятся энергетические процессы, которые заставляют человека действовать. Эти процессы проявляются в движениях, которые вызывают эмоции, а завершаются мыслями. Зависимость между этими процессами представлена на рис 2.



Рис. 2. Иерархия личности.

Пунктирная линия между разными уровнями личности указывает на взаимозависимость этих пластов. В биоэнергетическом анализе, для того чтобы понять личность, изучается каждый уровень. Из-за их исключительной значимости в центре внимания находятся энергетические процессы, лежащие в основе пирамиды. Объектом пристального внимания являются энергетический потенциал данного человека и способ, которым он используется.

Мы знаем, что энергия производится в теле в результате биохимических реакций. Несмотря на всю свою сложность, химия метаболизма похожа на процесс, где горючее становится энергией, по общей формуле:

P (топливо или продукты питания) + O_2 = E (энергия)

Отличительной чертой живых организмов от неживой природы является тот факт, что в организмах этот процесс происходит внутри мембраны, благодаря чему произведенная энергия не теряется в окружающую среду, а используется организмом для выполнения своих жизненных функций. Одна из главных функций - это получение из окружающей среды необходимых элементов для производства энергии. Необходимо, чтобы мембрана была проницаемой для продуктов питания и кислорода, а также для удаления продуктов распада. В случае более сложных организмов, чем бактерии или простые одноклеточные, этот процесс объединен с активным поиском необходимых продуктов. Поэтому движения организма не могут быть случайными. Они должны быть управляемы некой формой чувствительности к окружающей среде. Как заметил один из ведущих исследователей функционирования протоплазмы, "протоплазма может не иметь разума, но то, что она делает - разумно". Разве не является разумным поведение открытости для пищи, любви и приятных контактов, и отступление перед опасностью или болью? Этот процесс не механический, так как каждый организм постоянно изучает свое окружение. Это приближение и отступление - часть пульсационной активности. Внутри организма она включает сердцебиение, дыхание, перистальтику кишечника и т.д. Все это результат состояния возбуждения в каждой клетке и в каждом органе тела. Таким образом, мы можем определить жизнь как состояние контролируемого внутреннего возбуждения, в котором производится энергия, движущая внутренние процессы, поддерживающие жизненные функции, а также внешние действия для поддержания или увеличения возбуждения организма.

Начиная жизнь, мы имеем огромный потенциал чувствительности к побуждающим факторам, она уменьшается с нашим возрастом. Я думаю, что эту утрату чувствительности можно объяснить тем, что с возрастом тело становится более структурированным и жестким. Наконец приходит время, когда пожилой человек настолько укоренится в своих стереотипных навыках, что практически не способен спонтанно двигаться. Я не помню, чтобы я когда-либо видел пожилого человека, прыгающего от радости так, как это делают дети. Грудные дети имеют наиболее живые и одухотворенные тела, ибо они более чем кто-либо другой

чувствительны к окружающей среде и другим людям. В то же время пожилые люди одухотворены более сознательным образом, ибо в большинстве своем понимают, насколько сильно они связаны с окружающим миром. В понятии духовности тела содержится мощный дух или сильное сознание духовного удовлетворения.

Процесс построения связи с внешним миром является энергетическим процессом. Чтобы представить как это происходит между двумя людьми, представим себе два камертона, настроенных на одну частоту. Когда они находятся рядом, то удар по одному из них вызывает вибрацию второго. Подобным образом можно объяснить связь между двумя глубоко влюбленными людьми. Образ двух сердец, бьющихся как одно, может быть чем-то большим, чем простой метафорой. Как мы показали, наши сердца и тела - это пульсирующие системы, излучающие волны, которые могут действовать на другие сердца и тела. Довольно часто у матерей наблюдается способность чувствовать, что переживают их дети, что зависит от этого типа связи между ними.

Чувства единения со Вселенной можно достичь, утратив или преодолев свое эго. Эго - это граница, создающая индивидуальное сознание. Внутри этой границы содержится самоподдерживающаяся энергетическая система, основной чертой которой является состояние возбуждения. На рисунках 3а-в организм представлен как окружность вокруг пульсирующего корня энергии. Без существования границы не могли бы существовать сознание и эго.

Рис. 3а представляет нормальную энергетическую интеракцию организма со своим окружением, когда он переживает удовольствие или боль. Эго выступает посредником в этой интеракции в интересах самосохранения (когда организм испытывает болевое раздражение) или самореализации (когда организм получает приятную стимуляцию).

Рис. 3б показывает, как волны возбуждения переходят от корня к миру в случае ослабления эго. В этом случае сознание уже не является индивидуальным. Результатом такого опыта, который можно пережить в глубокой медитации, является состояние тишины и покоя.

На рис. 3в внутреннее возбуждение становится настолько сильным, что волны, которые оно излучает - как во время оргазма или другого радостного возбуждения - переполняют эго, излучаясь за его границы. В этом случае человек переживает чувство единения с

КОСМОСОМ, НО ЭТО НЕ ЧУВСТВО ПОКОЯ, А ЭКСТАЗ.

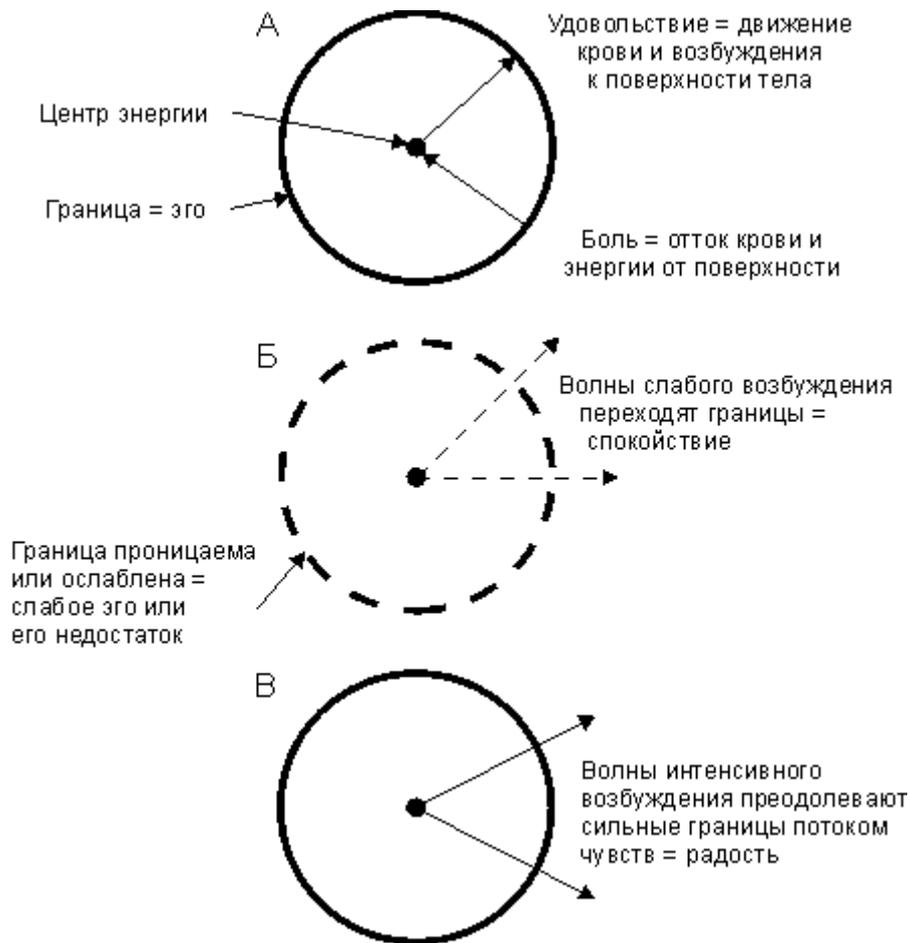


Рис. 3. Энергетические процессы в теле.

А. Нормальная реакция на удовольствие и боль.

Б. Энергетический процесс, происходящий в результате ослабления эго.

В. Энергетические процессы в состоянии повышенного возбуждения.

Перейдем теперь к практическим аспектам этих рассуждений на тему энергии. Одной из самых частых проблем здоровья людей в нашей культуре является депрессия. Трудно определить частоту, с которой она встречается, так как у нас нет объективных критериев, по которым мы распознаем депрессию, за исключением ее самых явных форм. Человек в состоянии клинической депрессии может лежать без движения в кровати или сидеть в кресле, не показывая ни малейшего желания принять какую-то активную роль в жизни. Во множестве случаев сопутствующим симптомом является чувство отчаяния. У

других депрессия может объединяться с беспокойством или может чередоваться с периодами усиленной активности. Когда доминируют колебания настроения, мы говорим, что состояние маниакально-депрессивное. В случаях такого типа очевидно, что пациент перескакивает из состояния сверхактивности в состояние недостаточной активности.

В то время как случай острой депрессии легок для распознавания, стертые случаи часто вообще не распознаются. Человек может жаловаться на усталость и приписывать этому уменьшение своей активности - это одна из черт такой депрессии. Но если после продолжительного отдыха все-таки чувствуется усталость, то верным диагнозом будет депрессия. Когда пациент входит в контакт с собой во время терапии, часто можно услышать такие замечания: "Теперь я понимаю, что состояние депрессии было у меня большую часть жизни. Как случилось, что я ее не замечал?" Ответ прост: мы старались быть занятыми. Большинство моих пациентов признает, что их активность - это защита от депрессии; когда они начинают чувствовать усталость, то начинают новое дело. Интересно, что такие занятия могут способствовать физическому и психическому пробуждению данной особы, возрастет уровень энергии, однако рано или поздно депрессия вернется.

Конкретной травмой, предрасполагающей человека к депрессии является потеря любви. Грудной ребенок, которого лишили тесного контакта с матерью или с личностью, которая заменяла ему мать, может впасть в состояние депрессии и умереть. Независимо от возраста, нам всем нужна связь с кем-то, кто нас любит, чтобы поддержать чувствительность наших тел к пробуждению. Пожилые люди, которые потеряли любимого товарища, часто теряют желание жить. Большинство взрослых людей могут протянуть руку многим людям, чтобы установить контакт, в то время как дети и пожилые люди ограничены в своей способности создавать узы любви. Тем не менее, чувство такого единства им абсолютно необходимо для их здоровья.

Еще до рождения ребенок тесно связан со своей матерью. В лоне эта связь самая интимная и самая тесная из возможных. Когда ребенок рождается, он пытается заново почувствовать тепло этого контакта у груди или в объятиях матери. Такие контакты для грудных детей очень важны. Они побуждают его тело, стимулируют его

функции, дыхание и пищеварение. Приятная физическая близость дает позитивные эффекты всю жизнь, обновляя энтузиазм и жизненную силу человека.

Потеря близкого человека часто вызывает боль в сердце или спазм в груди. Все, за исключением очень молодых, могут пройти это переживание и разблокировать спазм внутри себя, оплакивая эту потерю. Плач освобождает напряжение и возвращает телу свободное состояние. Когда пульсация сердца снова становится сильной, волны возбуждения доходят до поверхности тела и проникают дальше. Возбуждая другие тела, эти волны создают энергетические связи между ними.

Маленькие дети, потерявшие любовь, к сожалению, не могут придти в себя, пока не будет создана новая связь. Освобождение напряжения и расслабление, которое приносит плач, необходимо маленькому ребенку для поддержания силы пульсации в своем теле. Часто бывает так, что потеря любви не вызвана смертью или потерей матери, а лишь невозможностью для ребенка удовлетворения основного желания любви. Мать могла сама быть обиженным ребенком, который страдал из-за утраты любви своей собственной матери. Здоровый и энергичный отец может быть способным реагировать на нужды ребенка, но он не в состоянии полностью заменить мать, даже если он может приглушить боль разбитого сердца. В большинстве случаев сердечная боль из-за утраты любви матери не проходит у человека и во взрослом состоянии, проявляясь в виде хронических болей в груди и затрудняя дыхание. Уменьшая доступ кислорода в организм, такие хронические напряжения задерживают производство энергии у этого человека.

Такой человек не сможет поднять уровень своей энергии просто посредством увеличения количества пищи и кислорода. Если тело не нуждается в дополнительной энергии, то избыток питания откладывается в виде жира, а избыток кислорода ведет к состоянию гипервентиляции. Организм должен иметь равновесие между использованием энергии и ее накоплением. Равновесие между накоплением и выделением энергии контролируется потребностью. Увеличения базового уровня энергии у человека можно добиться только благодаря оживлению тела посредством выражения чувств. Отсутствие жизненной энергии всегда является результатом сдерживания чувств. Одним из удивительных последствий

пониженного уровня энергии является возрастание активности, которая в свою очередь имеет источником попытку поиска любви. Большинство детей, переживших потерю любви, считают, что эта потеря произошла из-за того, что они не смогли заслужить эту любовь. Большинство матерей закрепляет такое чувство вины в ребенке, ругая их за то, что они слишком много требуют, чересчур энергичны, строптивы. Ребенок скоро поймет, что если он хочет получить хоть немного любви, он должен приспособиться к требованиям матери. Это предубеждение, что любовь необходимо заслужить, обычно сохраняется до взрослого возраста, когда оно часто проявляется стремлением к достижениям, к успехам. Такое поведение типично для людей со склонностью к поведению "типа А", которое характеризуется преувеличенным стремлением к подтверждению своей ценности вместе с подавлением гнева, что проявляется в частом раздражении. Поведение "типа А" является главным фактором, ведущим человека к депрессиям и болезням сердца. Такого рода поведение также ответственно за хроническую усталость людей в нашей культуре.

К сожалению, большинство людей не умеет снизить темп своей жизни настолько, чтобы почувствовать, что они устали, находясь под давлением жизни, веры в необходимость жить дальше так, как они жили до этого, поскольку это дело выживания. Чувство усталости будит в них тревогу, что они не смогут продолжить борьбу. Большинство людей не могут сказать самому себе: "Не могу". Когда они были детьми, их учили, что сказать "Не могу" равносильно признанию поражения, а это довод к тому, что они недостойны любви.

Существует физическая причина, из-за которой возрастает активность при понижении уровня энергии. Невозможно расслабиться, если уровень энергии слишком низок, так как для снятия напряжения мышц необходима именно энергия. Этот факт, несмотря на то, что он не очень сильно известен, можно легко проиллюстрировать и объяснить.

Когда мышцы напрягаются, они выполняют работу, которая использует энергию. Будучи в состоянии напряжения, они не могут выполнить больше никакой работы. Чтобы мышцы расслабились и были способны выполнять работу, необходимо, чтобы мышечные клетки произвели необходимую для этого энергию. Это в свою

очередь требует притока кислорода и удаления молочной кислоты. (Расслабленная мышца энергетически заряжена и растянута, в то время как сокращенная мышца, после использования своей энергии в процессе работы, сжата.)

Рассмотрим растянутую мышцу, как натянутую пружину. Она сейчас наполнена энергией. Когда мышца сжимается, чтобы выполнить некую работу, она становится короче и тверже. По мере использования пружина теряет энергию. Мышца регенерируется и расслабляется, увеличивая свой энергетический потенциал, что подобно растяжению пружины для того, чтобы она могла выполнить дальнейшую работу.

Когда человек переутомлен, а уровень его энергии низок, он может легко попасть в состояние сжатия, так же как человек, страдающий маниакальным психозом, у которого гипертоническая и гиперактивная предрасположенность предвещают состояние депрессии. Классическим примером этого состояния является беспокойный и возбужденный ребенок, который, несмотря на усталость, не может успокоиться и уснуть. Родители, в конце концов, могут накричать на него или наказать, чтобы успокоить. Ребенок реагирует взрывом плача, родители обнимают его и прижимают к себе. Он засыпает. Плач заставляет ребенка дышать глубже, что дает ему энергию, необходимую для расслабления.

Человек с высоким уровнем энергии редко впадает в состояние высокого возбуждения, так как его тело, благодаря расслабленным мышцам, может удерживать высокий уровень напряжения. В результате движения его свободные, спонтанные и полны грации. Как автомобиль с двигателем большой мощности, который с легкостью поднимается на гору, люди с большим количеством энергии движутся по жизни с минимальными усилиями. И только в ситуации кризиса у них можно отметить определенные усилия, но даже тогда у них достаточно энергии, чтобы создать впечатление, что они все делают с легкостью.

Возможно, что никакая другая часть тела не показывает так выразительно жизненную силу тела, как глаза. Их считают зеркалом души. Но это также и зеркало тела. Они показывают состояние внутренней энергии тела человека. Когда эта внутренняя энергия горячая, ее яркое пламя блестит в глазах. Например, глаза влюбленного человека блестят, отражая состояние подъема энергии. В

глазах также проявляются чувства. Они искрятся, когда человек весел, сияют, когда человек счастлив, и теряют блеск, когда он утомлен.

Состояние и вид кожи - еще один способ для оценки состояния жизненной энергии. Люди с высоким уровнем энергии, независимо от цвета кожи, обычно имеют кожу с розовым оттенком, так как она хорошо насыщена кровью. Это возможно, когда волна возбуждения из глубины организма доходит до поверхности тела, давая коже сильный заряд энергии. Серый, беловатый, желтоватый или бронзовый оттенок показывает, что кожа недостаточно обеспечена энергией и приток крови к ней уменьшился. Сухая, твердая или холодная кожа говорит о том, что имеются проблемы как на уровне кровоснабжения, так и на энергетическом уровне. Состояние кожи указывает на эмоциональное состояние человека. Например, в состоянии страха кровь оттекает от поверхности, оставляя кожу бледной, холодной и даже липкой. Гусиная кожа также указывает на страх. Она появляется, возникает в результате того, что эластичные волокна кожи сжимаются и волосяные луковицы поднимаются.

Тело формируется тем, что оно почувствовало на собственном опыте. Реагируя на чувственное прикосновение, тело расслабляется под действием приятного возбуждения. Тело ребенка, не имеющего тесного контакта с матерью, напрягается и становится холодным. Его чувствительность уменьшается, а внутренняя пульсация снижается. У здорового человека эта пульсация сильная и продолжительная, что позволяет человеку контактировать с миром. Такие открытые миру, любящие люди - редкость в нашей культуре. Приведенный далее набор вопросов поможет Вам оценить Ваше энергетическое состояние.

Энергетический аутодиагноз

Низкий уровень энергии

1. Чувствуете ли Вы себя усталым?
2. Трудно ли Вам вставать утром? Чувствуете ли Вы себя усталым?
3. Чувствуете ли Вы себя загнанным, усталым, подавленным?
4. Находитесь ли Вы постоянно в движении?
5. Трудно ли Вам расслабиться, спокойно посидеть?
6. Свободно ли Вы двигаетесь или Ваши движения резкие и

поспешные?

7. Трудно ли Вам уснуть?

8. Чувствуете ли Вы себя иногда удрученными?

Если на большинство вопросов Вы ответили положительно - у Вас низкий уровень энергии.

Высокий уровень энергии

1. Хорошо ли Вы спите и просыпаетесь ли Вы отдохнувшими?

2. Ясные и блестяще ли у Вас глаза?

3. Находите ли Вы удовольствие, выполняя нормальные свои обязанности?

4. С оптимизмом ли Вы ждете следующий день?

5. Нравится ли Вам состояние спокойствия?

6. Грациозно ли Вы двигаетесь?

Если на большинство вопросов Вы ответили положительно - у Вас высокий уровень энергии.

Структурная динамика тела

Человеческое тело уравновешено энергетически и структурно. Оно также уравновешено биохимически благодаря способности к гомеостазу. С энергетической точки зрения энергетическое равновесие в теле поддерживают две противоположные силы, из которых одна, действуя сверху, тянет организм вверх, а другая, действующая снизу, тянет организм вниз. В качестве метафоры мы используем дерево. Его ветви растут вверх к Солнцу, тогда как корни запускаются в Землю. В традиционной китайской мысли эти две силы, называемые инь и ян, представляют соответственно энергии Земли и Солнца. Корни растения поглощают энергию инь из Земли, а листья поглощают энергию ян от Солнца. В даосской мысли инь и ян находятся между собой в гармонии. Но жизнь не статична, она находится в состоянии постоянных изменений, благодаря взаимодействию этих двух сил, которые, как кажется, постоянно перетягивают канат. Гармонией является срединный пункт в движении маятника, который существует только в тот момент, когда движение изменяет направление.

Жизнь развилась на поверхности Земли там, где ее энергия реагировала и соединялась с энергией Солнца. Для возникновения жизни такое единство противоположностей является основой половой

репродукции. У китайцев эти противоположности ориентированы сексуально: инь становится женским первоэлементом, а ян мужским. Чтобы понять эти взаимодействия между противоположными энергетическими силами, нам необходимо введенное Вильгельмом Райхом понятие суперимпозиции или наложения, означающее две энергетические волны, кружащиеся вокруг центра в творческом акте. Этот процесс представлен на рисунке 4.



Рис. 4. Райхианское понятие суперимпозиции.

В процессе эволюции уровень энергии некоторых организмов сильно возрос, вследствие чего у всех животных заряд на противоположных полюсах тела стал достаточно сильным, чтобы создать два центра. Верхний центр стал мозгом, нижний - половыми и репродуктивными органами. Центральным источником активности стало сердце, а перекачиваемая им в обоих направлениях кровь соединяет противоположные полюса с центром. В случае с деревом связь полюсов достигается посредством передвижения соков вверх и вниз. Перемещение жидкостей связано с соответствующими перемещениями энергии и зависит от нее, она создает возбуждение, распространяющееся по организму. В теле человека эти волны возбуждения становятся силой, которая удерживает его в вертикальном положении. Вообще, эти волны сильнее действуют днем, чем во время ночных периодов отдыха.

Основное правило биоэнергетики состоит в том, что накопление энергии не может превышать ее расход. Несмотря на то, что можно съесть больше, чем требуется для продукции энергии в данное время, этот излишек будет откладываться в виде жира, готового к

превращению в энергию, когда возникнет такая потребность. Таким образом, когда человек находится в безвыходной ситуации, например во время голода, он может отдавать больше энергии, чем способен получить. Однако резервы энергии уменьшаются до такой степени, что в результате этого может наступить смерть. Равновесие тела можно нарушить на какой-то момент, например, задерживая дыхание, но оно должно через некоторое время возобновиться, для того чтобы жизнь продолжалась.

Равновесие противоположных сил проявляется в пульсации, которая лежит в основе жизни. Пульсация, которая характеризуется процессом расширения и сжатия, наблюдается в дыхании, перистальтике, сердцебиении и других функциях тела. Это основа жизни всех живых организмов, несмотря на их размеры. У человека пульсация наблюдается не только в целом организме, но также в каждой клетке, ткани или органе.

Эта модель относится также и к поведению. Движение наружу и движение внутрь являются формой пульсации. Движение наружу приводит к контакту с внешним миром, в то время как движение внутрь приводит человека к контакту с самим собой. На эту пульсацию воздействует суточный ритм. Мы более открыты внешнему миру в течение дня и обращаемся внутрь ночью, во время сна. Ни одно из этих состояний не является лучшим и оба они необходимы для здоровья. Постоянное пребывание в каком-либо из них патологично, так как жизнь складывается из пульсации, от способности контактировать с внешним миром или уходу от него и обращения внутрь себя в зависимости от ситуации.

Рисунок 5а представляет схему базовой пульсации расширения и сжатия в одноклеточном организме. Для того, чтобы перенести эти правила на тело человека, представьте себе человека, стоящего с распростертыми руками на широко расставленных ногах. Рисунок 5б показывает подобие тела шестиконечной звезде, где голова, руки, ноги и гениталии представляют шесть ее лучей. На эти фигуры можно наложить две концентрических окружности, из которых одна соприкасается со всеми внешними лучами, а вторая со всеми внутренними точками. Каждый из шести внешних лучей представляет важнейшие точки соприкосновения с миром. Наружную окружность можно уподобить поверхности тела, в то время как внутреннюю окружность можно рассмотреть как корень, из которого

исходят импульсы. В человеческом организме каждый сильный импульс заряжает в равной степени все шесть внешних точек, а каждая внутренняя зажатость отнимает то же количество энергии из всех шести точек. У открытых и энергичных людей эти точки заряжены в большей степени, чем у замкнутых и подавленных людей.

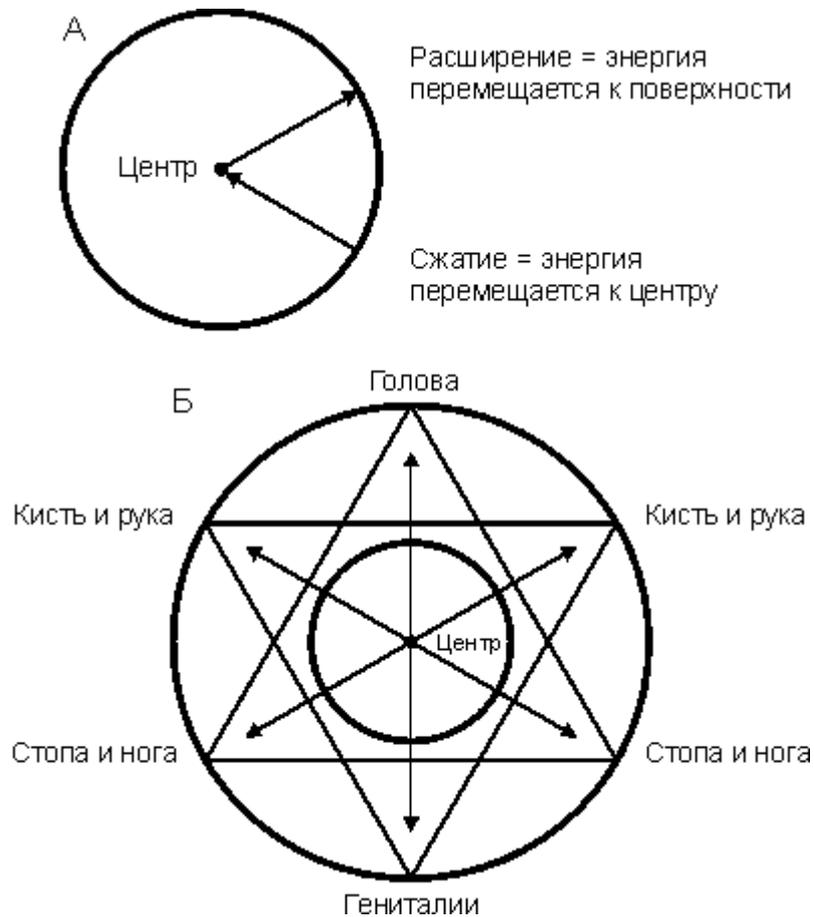


Рис. 5. Процессы расширения и сжатия, происходящие в теле.
А. Базовая пульсация в одноклеточном организме.
Б. Базовая пульсация в теле человека.

Как показано на рисунке 6, существует непосредственная связь между энергетической заряженностью глаз и стоп, так как они располагаются на противоположных концах тела. Эту связь наиболее легко понять в категориях продольной пульсации в теле и протекания возбуждения вверх и вниз. Структура тел всех высших организмов повторяет структуру червя, трубки внутри трубки, и складывается из сегментов или метамеров. Наружная трубка складывается из дыхательной и пищеварительной систем. Внутренняя трубка функционирует как система скелетных мышц, поддающихся волевому

контролю. Червь движется, когда волна возбуждения проходит по его телу, вызывая расширение и сжатие последующих сегментов. Внутреннее питание тела червя через трубку протекает согласно тому же образцу. Похожий принцип присутствует и в теле человека, с той лишь разницей, что структура его тела более сложна и дифференцирована. В процессе эволюции разные сегменты соединились между собой, чтобы создать три главных сегмента: голову, грудную клетку и таз, и два меньших сегмента: шею и талию. Слияние позволило этим сегментам создать высокоспециализированные структуры, которые в меньшей степени наблюдаются у низших позвоночных, а в большей - у млекопитающих. Основная сегментарная структура проявляется в позвоночнике, но даже здесь некоторые сегменты, а именно - крестцовые позвонки, слившись образуют крестец.

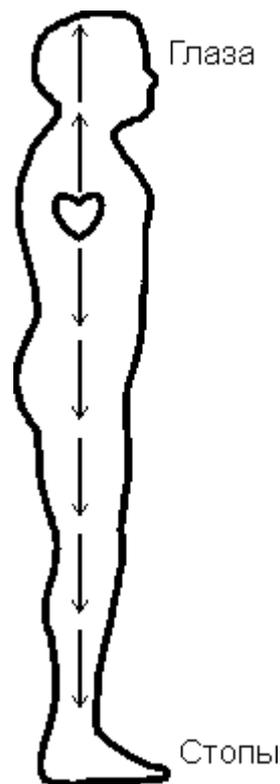


Рис. 6. Протекание возбуждения вдоль тела.

Главные сегменты охраняют заключенные в них чувствительные органы. Грудная клетка - центральный сегмент тела, скрывает под ребрами два важнейших органа: сердце и легкие. Голова включает в себе мозг, который под покровом черепа управляет всем телом. На

другом конце тела находится таз, костная структура, охраняющая половые и выделительные органы. Шея и талия - основные переходы от одного центра к другому. Через них проходят нервы, сосуды, дыхательная и пищеварительная магистралы.

А сейчас мы исследуем некоторые проблемы, которые могут возникать в результате нарушения структурной динамики.

Когда соединяющий два энергетических центра отрезок удлинен - это отдаляет друг от друга две большие структуры, которые он соединяет, что указывает на степень их разделения. Так, слишком удлиненная шея удерживает голову высоко над телом. Человек с такой шеей будет вероятно чувствовать себя высокомерно по отношению к своей животной природе. Он может производить впечатление утонченного, но все, что он может делать, так это развить свои чувства таким образом, чтобы они соответствовали культурным стандартам, принятым в обществе. Люди с короткой шеей и более плотным строением тела, будут вероятно ближе к своей животной природе, они лучше отождествляются с физической силой своего тела. Конечно, особенно существенное влияние на строение тела оказывают генетические факторы. Однако влияние среды также играет роль в развитии и создании формы тела. Большое влияние на тело ребенка оказывает отношение к нему родителей.

Несколько лет тому назад я работал с одним молодым человеком, который был очень высоким, худым, имел впечатлительное лицо и красивые вьющиеся волосы. Я легко мог его себе вообразить как золотоволосого херувима. Мать воспитывала его с убеждением, что он опередит в жизни всех других мальчиков. Она считала, что он является для нее даром неба и видела в нем божественные черты. Результатом такого воспитания было отдаление его от земли так, что он "утратил заземление". Несмотря на то, что его ноги выглядели сильными, он имел в них мало ощущений. Он также не был связан с реальностью, так как считал себя выдающейся личностью. Хотя он имел некоторые способности, он не сумел проявить себя как художник. Он имел также трудности в контактах с женщинами, потому что в каждой из них видел тень своей матери.

Возникает вопрос. Что вызвало удлинение тела этого молодого человека? Ведь его отец имел нормальный рост. Я допускаю, что его развитие можно понять в категориях продольных пульсаций тела. В длинном, худом теле волна возбуждения движется вверх, что

уменьшает ее интенсивность. Это движение вверх может иметь несколько значений: стремление к нежности и опоре, так как стремится ребенок, который хочет ее получить, отдаление от своей животной природы, а также устремление возвыситься над другими. Упражнения в заземлении изменили направление течения энергии, принося больше энергии ногам и стопам, что помогло этому молодому человеку преодолеть свои внутренние барьеры. Терапия не сделала его ни на сантиметр ниже, тем не менее она привела к тому, что он почувствовал себя увереннее и безопаснее. Научившись дышать глубже, он повысил уровень своей энергии, что усилило пульсацию в его теле. Следствием этого было то, что он ощутил себя более цельным и сильным.

Если длинное и худое тело отражает ослабление энергетической пульсации, то короткое и толстое тело отражает усиление этой пульсации, так как укорочение волны увеличивает ее мощь. Люди с такой структурой располагают значительной физической силой. Они склонны рваться вперед без оглядки на других. Мужчины с такой структурой своим видом и поведением часто напоминают быков. Никита Хрущев имел именно такое строение тела, в соединении с агрессивностью. Однако строению тела такого типа может сопутствовать позиция пассивной обороны, как это было в случае с Арнольдом, мужчиной сорока пяти лет, который обратился ко мне за консультацией по поводу тревоги.

Несмотря на то, что Арнольд никогда интенсивно не занимался спортом, он напоминал по виду тяжелоатлета с огромными ягодичными мышцами. Беседуя с ним, я быстро установил, что проблема его беспокойства имеет свой источник в отношениях с матерью. Арнольд был единственным ребенком. Его мать была агрессивной женщиной, главным интересом в жизни которой был сын. Ничего удивительного, что он характеризовал ее как личность вмешивающуюся, ревностную, стремящуюся им управлять. Когда он был ребенком, его сильнейшим стремлением было убежать от нее. Отец, к сожалению, не был в состоянии помочь ему освободиться от нее. Когда Арнольд обратился ко мне, он все еще пробовал вырваться из ее объятий. Он освободился от нее на эмоциональном уровне только в минуту ее смерти, когда ему было около 50 лет. До этого времени он сумел уже впервые жениться, но с женой также чувствовал себя в ловушке, как это было ранее с матерью.

Когда во время наших встреч Арнольд описывал мне свою мать, я представлял ее себе как танк, а его самого как маленькую жестяную коробочку для таблеток. Овальная коробочка не дает себя согнуть, но хотя она может успешно противостоять танку, она не может его уничтожить, так же как и убежать от него. Арнольд, видимо, не мог убежать от матери, несмотря на то, что сумел ей противостоять. Терапевтическая проблема заключалась в том, как переделать эту маленькую, жестяную коробочку в боевую машину, что можно было сделать, мобилизуя сдержанный гнев. Это следовало делать постепенно. Арнольд боялся своего гнева, потому что это был убийственный гнев. Его беспокойство происходило из конфликта между стремлением действовать под влиянием гнева и опасением таких действий. Он чувствовал, что если его гнев взорвется, он может уничтожить как его самого, так и других. Он был вынужден предохранить себя от этого, применяя защиту в равной степени мощную как сила, которой следовало противостоять. Когда Арнольд понял динамику своей телесной структуры и свои проблемы, можно было освободить его подавленный гнев, рекомендуя ему наносить удары по топчану. Благодаря тому, что он был заземлен, пациент не вышел из под контроля и не нанес никому повреждений. Постепенно его тело расслабилось и, что удивительно, у него увеличился рост.

Описывая таким образом Арнольда и его мать, я обращаю внимание на основной аспект их личностей, который отразился в структурной динамике их тел. Корреляция между телом и психикой человека является абсолютной в результате их функциональной идентичности. Однако тело не является просто инструментом разума, где разум становится отдельной силой, действующей на него, а потому, что дух присутствует в живой ткани. В момент смерти дух угасает, а тело превращается в чистую материю. Дух является как бы пламенем, которое превращает материю в энергию. Сам огонь не является субстанцией или энергией, но следствием процесса изменений. Когда этот процесс иссякает, пламя угасает и материя превращается в мертвый пепел.

Структурная динамика позволяет нам понять явление расщепления, серьезное нарушение в теле, которое может выступать в корреляции со значительными нарушениями личности. То, что люди могут страдать от расщепления, не является новой идеей. Некоторые личности были описаны как содержащие несколько маленьких

личностей. Согласно этому тезису, эти расщепления должны существовать в теле в такой же степени, в какой они проявляются в личности человека. Такая диссоциация является возможной, так как тело человека разделено на три главных отдела: голову, грудную клетку и таз. Расщепление наступает тогда, когда нарушается чувство единения между ними. Существует много людей, у которых голова не имеет соединения с сердцем, а сердце с гениталиями. Во всех этих случаях можно найти напряжение в мышцах шеи и талии, ограничивающее протекание возбуждения между главными участками тела. Конечно, в буквальном смысле эти сегменты остаются соединенными анатомически. От мозга, который регулирует и координирует жизненные функции всех сегментов, нервы направляются без препятствий от одного отрезка к другому. То же самое касается кровеносных сосудов, которые приносят кислород и питательные вещества каждой клеточке тела, а забирают продукты обмена. Эта интеграция организма находит отражение в интеграции личности на уровне подсознания. Однако на поверхности, там где царит сознание, интеграция разбивается в результате препятствий волнам возбуждения, протекающим по поверхности. В зависимости от интенсивности этих нарушений может наступить разрыв трех различных типов поведения, в которых каждый связан с одним из главных сегментов. Это иллюстрирует следующий случай.

Несколько лет тому назад ко мне за советом обратился мужчина 50 лет, которого звали Роджер. Роджер жаловался на то, что он чувствует себя подавленным, так как теряет контроль над своей жизнью. Он осознавал, что слишком много пьет, плохо себя чувствует и пренебрегает своим телом. Немного оставалось до того, чтобы его оставила жена. Некоторые из своих проблем он считал результатом своих частых служебных поездок, во время которых он ходил в бары или на дискотеки, встречал там женщин и проводил затем с ними ночь. У Роджера не было трудностей найти себе женщину, так как он был симпатичным мужчиной и человеком успеха. Однако его отношения с женой становились все хуже, он подозревал, что она открыла его секреты, так как их половая жизнь прекратилась. Роджер сказал, что его жена пристойная женщина, но она перестала его привлекать. Он не хотел, однако, положить конец этой связи, так как имел троих детей, к которым был привязан.

Я заметил, что Роджер имеет быстрый логичный ум, что, без

сомнения, объясняло его успех. Однако когда он говорил, его голос был почти лишен чувств, а глаза были холодными и темными. Казалось, он полностью владеет собой, но этому противоречило его поведение. Я понял, что Роджер сможет сохранить контроль, пока основой его действий остается голова. Во время первых месяцев терапии Роджер проявлял очень немного эмоций, когда говорил о своей прошлой или теперешней жизни. Однако в нем было что-то привлекательное. Временами он смотрел на меня и улыбался. В это время его глаза сверкали и какую-то минуту он выглядел как невинный ребенок. Когда этот свет меркнул, глаза Роджера снова становились мрачными. Временами они блестели снова, когда он говорил о своих чувствах к матери и другим женщинам и выглядел так, как если бы его охватывало странное возбуждение. Он признавал факт, что женщины его очаровывают, и признался, что в период семейной жизни кроме жены имел связь с несколькими другими женщинами.

Чтобы помочь Роджеру, я должен был вначале понять, что за личность находится передо мной, но это было не так просто. Днем он был холодным, логичным инженером и отличным бизнесменом. Ночью он превращался в сатира. В редкие минуты становился невинным ребенком со сверкающими глазами. Эта часть его личности была ответственна за находчивость, которую он проявлял на работе, и за красоту, из-за которой он нравился женщинам. Как только я понял это тройное разделение его личности, я был в состоянии понять, что основой этого раздела является его тело, которое также было разделено на три части, а именно: на голову, грудной отдел и таз. Сильное напряжение в шее, а особенно у основания черепа, изолировало его голову от остальных частей тела. Подобное напряжение в талии и вокруг таза отделяли половые органы от сердца и от головы.

Холодная, профессиональная сторона личности Роджера опиралась в своей деятельности в основном на голову. В этой роли его глаза не имели абсолютно никакого выражения. Неожиданно страстная сторона Роджера действовала на основе его гениталий. В этой роли Роджер зажигался безбожным пламенем. Трудно ожидать от кого-то, чтобы он оставался холодным и логичным, когда его охватывает горячка сексуального возбуждения, но обычно человек не теряет рассудка даже в таких ситуациях, как это имело место у

Роджера. Утрата эго и подавление своего "Я" проявляется в лучшем случае только во время пика оргазма. В таких случаях отдача своего "Я" проявляется как самореализация. В противном случае отдача своего "Я" сексу без любви действует саморазрушающе. Я был уверен, что Роджер был способен к любви, и это убеждение давало нам возможность совместно решать его проблемы. Но когда мы начали терапию, он не был в состоянии ассоциировать ни своего мышления, ни сексуальных стремлений с любовью. Из-за расщепления личности он не мог объединить эти различные функции.

Жизненный опыт человека формирует структуру его тела, которая в свою очередь формирует его личность. Именно таким образом его прошлое все еще живет в его настоящем. Чтобы человек мог освободиться от ограничений прошлого, он должен осознать переживания, которые ему эти ограничения принесли. Это цель анализа, так как он дает нам рамки, внутри которых может наступить перемена структуры. Перестройка структуры требует непосредственной работы с телом с целью редуцирования напряжения мышц. Анализ и перестройка тела должны двигаться одновременно. Обычно я начинаю с истории пациента, которая является вначале всегда неполной. В процессе терапии, по мере того как подавленные воспоминания появляются в сознании, образ пациента становится более выразительным.

Роджер был единственным ребенком. Он описывал свою мать как симпатичную женщину, гордящуюся своим внешним видом и общественным положением. Она любила принимать гостей и ходить на приемы. Его отец был бизнесменом, который много работал и часто возвращался из офиса поздно. Родители редко ругались, тем не менее Роджер чувствовал, что их жизнь несчастлива. Он ощущал свою близкую связь с матерью, но знал, что ее заинтересованность им нестабильна. Когда отца не было дома, она хотела, чтобы сын составил ей компанию, жалуясь временами на невнимание отца к ее потребностям. Но когда был какой-то прием, она его игнорировала. Роджер имел несколько приятных воспоминаний об игре в мяч со своим отцом и совместных прогулках на рыбалку. Несмотря на то, что редко случалось, чтобы отец его бил или ругал, Роджер знал, что он склонен к гневу. В процессе терапии он осознал, что будучи ребенком, он боялся его.

Пока в этих историях мы находим немного информации, которая

могла бы помочь нам выяснить источник происхождения таких серьезных нарушений в личности Роджера. Однако мы имеем едва различимые подсказки на тему настоящих отношений Роджера с матерью. Когда женщина не находит удовлетворения в замужестве, она вероятно обратится к сыну в поисках близкого контакта, которого не получилось с мужем. Роджер был для нее поверенным во многих делах. Однако, как только подворачивался случай нанести кому-то визит или встретиться с другим мужчиной, она отворачивалась от него. Подобное отношение она проявляла к нему каждый вечер, когда закрывала двери в спальню, которую делила с его отцом. Когда я обратил внимание Роджера на этот факт, он понял, что все время чувствовал себя преданным. Я был обязан подробно исследовать эту часть истории жизни Роджера, так как мне было ясно, что Роджер относится к женщинам так же, как мать в свое время относилась к нему. Он был симпатичным, но жил поверхностной жизнью, и не сумел полностью отдаться ни одной женщине. Он вел себя с ними сексуально соблазнительно, так же, как мать вела себя по отношению к нему. В основе этого поведения скрывался сильный гнев, который был перенесением злости из прошлого, той, которую он испытывал к матери. Именно этот гнев вызвал в Роджере отделение сердечных чувств от сексуальных. Такое разделение отразилось в недостаточном контакте его грудной клетки с тазом.

К сожалению, Роджер должен был также отделиться от своего чувства любви к отцу. Ребенком он оказался в треугольнике Эдипа. Став фаворитом матери, он был обречен на ревность и враждебность отца, который был мужчиной более сильным, чем он. Роджер сказал во время консультации, что в детстве он не осознавал, что боится отца. Однако со временем стало ясно, что он подавил в себе этот страх, подобно тому как подавил свой гнев, направленный против матери за ее соблазнительность. Этот страх всплыл позже. Он понял, что его большие чем у отца профессиональные успехи имели тот источник, что он хотел его перещеголять. Но он достиг этих успехов только благодаря усилению контроля своей потребности в любви и понимании. Такого рода успех оказался достижением, не имеющим значения, который выхолостил его жизнь от чувств. Он искал убежища в алкоголе и своей сексуальности, для того чтобы вырваться из под контроля головы. Эта делало возможным возникновение определенных чувств в его теле.

Попа в сильный эдипов конфликт в детстве, Роджер приобрел расщепление. Однако в нем осталась определенная интеграция, которая привела его к терапии и поиску своего настоящего "Я". Оно иногда проявлялось в ясных, невинных глазах скрывающегося в нем ребенка. Когда я увидел этот взгляд, я видел, что младенцем и маленьким ребенком Роджер был объектом любви обоих родителей. Терзаемый взрослыми страстями эдипового конфликта, он подавил этого ребенка, закрыв его в своем сердце. Роджер стремился раскрыть свое сердце, но мог это сделать лишь в те редкие моменты, когда имел надежду, что кто-то поймет его потерянность и страх. Именно страх отдался чувствам - гневу, печали, любви - проявился в расщеплении его телесной интеграции.

Терапия такого рода расщепления личности, как это было в случае Роджера, нелегка. Анализ поведения, несмотря на то, что он обязателен, не является эффективной интегрирующей силой, так как вовлекает кроме прочего разум. Роджер принимал мои интерпретации, но это оказывало небольшое влияние на его чувства и поведение. Эмоции, будучи функцией всего тела, имеют интегрирующую силу. Но как привести в движение эмоцию, которая была бы достаточно сильной, чтобы вызвать такие последствия? И какая это должна быть эмоция? Таковую мощь имеют только две эмоции - любовь и гнев. Единственным человеком, способным вызвать эти эмоции с напряжением, необходимым для интеграции личности, является психотерапевт. Я стал отцом, в котором нуждался Роджер, и был также отцом, которого он боялся и по отношению к которому он мог хранить гнев, пропорциональный его страху.

Проекция подавленных в детстве чувств на личность терапевта известна как трансфер, или перенесение. Все психоаналитики работают над этим аспектом, однако в основном на интеллектуальном уровне. Этого абсолютно недостаточно для того, чтобы изменить психологическую и физическую структуру пациента. Перенесение должно быть пережито максимально сильно и выразительно. В случае Роджера это было непросто, так как он имел ко мне амбивалентное отношение. Он нуждался в отцовской опоре и любви, но в то же время относился к своему отцу высокомерно. Он признавал мой авторитет как биоэнергетического терапевта и сотрудничал в работе с телом, дыханием, заземлением и выражением чувств. Однако он всегда оставался под контролем своего разума и по этой причине был

не в состоянии полностью отдаться ни терапии, ни себе и своей страстности.

Роджер также боялся меня, хотя не в физическом смысле, так как был младше и сильнее меня. Однако он чувствовал и до определенной степени верил, что подобно его отцу, я имел над ним власть, происходящую из того факта, что он нуждался в моей помощи. Потребность в помощи вызвала у него чувство зависимости, что, учитывая его эдипову ситуацию в детстве, вызывало у него бессознательный страх кастрации. Гнев, направленный против меня, с другой стороны увеличивал риск, что я могу его оставить и прервать терапию. Он нуждался также в моей любви, так как в прошлом требовал любви отца, стараясь произвести на меня впечатление, работая со своим телом и выполняя биоэнергетические упражнения. Однако их прогресс ограничили его амбивалентные чувства. С одной стороны, упражнения вызывали улучшение самочувствия, но с другой, он не был в состоянии полностью им отдаться, так как потребность произвести на меня впечатление раздражала его. Ситуация была безнадежной и после нескольких лет усилий казалось, что терапия обречена на неудачу.

В тоже время именно в таком периоде терапия имеет настоящие шансы достичь успеха. Если кто-то согласится смириться с неудачей, ничего не потеряно. Можно остаться верным себе. В этот момент Роджер был в состоянии выразить весь свой гнев по отношению ко мне и к своему отцу. Он делал это, нанося удары кулаками в топчан и повторяя, что его сильно нервирует моя высокомерная позиция. Гнев быстро переносился на отца за то, что он не остался с ним для того, чтобы дать ему опору, позволяя ему открыто и по мужски разрешить конфликты в своих отношениях с женой. Для этого он использовал фразу: "Ты не мужчина!" Это означало, что его отцу не доставало характера. Он был также взбешен на мать за предательство его любви и недостаточно уважительное отношение. Освобождение этого гнева происходило в течение некоторого времени, в процессе которого у Роджера развивалось чувство интеграции, позволяющее разблокирование любви.

Терапия Роджера продолжалась в течение нескольких лет, однако он не жаловался, что она длится слишком долго, когда чувствовал, что она продвигается в правильном направлении. Он ощущал постепенные перемены к лучшему в своем теле, по мере того, как

устанавливал с ним лучший контакт. Перемены в его теле находили отражение в соответствующих переменах в поведении и в отношениях с другими людьми. Он был в состоянии почувствовать глубокую любовь к своей жене, и они нашли обоюдное удовольствие в своем обновленном сексуальном союзе. Его сексуальное поведение изменилось радикально. На определенное время, когда его состояние улучшилось, он утратил сексуальный инстинкт. Его это расстраивало, пока я ему не объяснил, что он перестал относиться к сексу как к удовольствию, которому не может противостоять, и что секс отныне будет для него выражением любви, которую он не сможет запрограммировать или вписать в деловое расписание.

Классическим примером женщины с расщепленной личностью является Мерлин Монро. Монро никогда не была моей пациенткой, и я знаю ее только по фильмам и фотографиям. Ее тело проявляет нарушения, подобные тем, которые я обнаружил у Роджера, а именно - недостаточно сильное и целостное протекание энергии, соединяющей голову с грудной клеткой и грудную клетку с тазом. У Монро каждая из этих областей тела, казалось, двигалась независимо друг от друга, как у куклы с двигающейся головой и бедрами. Эта недостаточная связь между сегментами тела, проявлялась у нее так же, как у светской особы в ее публичном поведении. Монро была профессиональной актрисой, ребенком и королевой секса, и каждая из этих субличностей функционировала в разных ситуациях. Когда она играла какую-то роль, ее поведение контролировалось интеллигентным и очень компетентным разумом. В своих отношениях с мужчинами она была ребенком, нуждающимся в ласке и одобрении. Для публики она была светской и необычайно чувственной женщиной. Реальность противоречила этому имиджу. Мерлин Монро не была интегрированной личностью с сильным внутренним чувством безопасности. В детстве она была травмирована в результате недостатка любви и сексуального злоупотребления.

Ничто так не разрушает личность ребенка, как сексуальное злоупотребление им, которое может принимать формы от эмоционального соблазна ребенка родителем до фактического кровосмесительства. У Монро такая негативная среда вызвала сильный энергетический спазм в ее теле, что расщепило единство ее личности.

Личность подвергается опасности расщепления в результате конфликта между рациональным разумом и животной природой, между стремлением к доминированию и потребностью в подчинении. Этот конфликт коренится в человеческой природе. Он делает человека податливым к болезням, но с другой стороны бывает источником его творчества и основой сознательной духовности. Результат этого конфликта в жизни каждой личности зависит от его остроты, а также от того, насколько глубоко произошло расщепление. Существенное влияние оказывает также то, как общество, в котором личность живет, справляется с собственными противоречиями между культурой и природой. Расщепление в обществе, перенесенное на семейную территорию, становится войной между мужем и женой, родителями и детьми. В этой ситуации ребенок часто разделяется на две части. Пока конфликт не слишком острый, а выступающие стороны в нем слишком сильны, ребенок может сохранить определенную интеграцию, делая жестким тело. Жесткость касается обычно шеи и талии. В большинстве случаев это сдерживание не является настолько острым, чтобы стать медицинской проблемой, хотя может вызывать страдания, которые со временем будут требовать медицинского вмешательства. Снижение гибкости в шее может привести к состоянию артроза межпозвоночных суставов, вызывая боль при поворотах головы. Подобное напряжение в талии отражается на состоянии поясничных позвонков, проявляясь пояснично-крестцовыми болями, раздражением нервных корешков, а также выпадением дисков. Важно понять, что эта жесткость является защитной реакцией. Человек говорит языком тела: "Нет, вам не удастся меня сломать или расщепить". К сожалению, жесткость появляется после того, как ребенок уже в полной степени ощутил ломку и расщепление. Жесткость действует как шина, которая предотвращает перерождение небольшой трещины в перелом.

Однако интеграция, целостность, которую обеспечивает жесткость, основывается на обездвиженности, а не на свободном течении энергии, больше на воле, чем на чувстве. Жесткость является отрицанием, а не утверждением. Она говорит: "Не уступлю, не поддамся, не размягчусь". Изначально направленная против требований или угроз со стороны общества или родителей, она, укоренившись в структуре тела, становится сопротивлением против жизни вообще. Ограничивая свободное течение энергии в теле, она

нарушает жизненную пульсацию и ограничивает дыхание, что снижает энергетический уровень человека. Но так как она является проявлением "выдержки" и "воли", люди часто считают жесткость больше достоинством, чем недостатком. Это особенно касается тех случаев, когда человек не осознает свою жесткость, пока она не вызовет боль. Так как это контролирует мышцы, поддающиеся волевому контролю, жесткость является проявлением воли. Ее заявление "Не хочу" могло бы также звучать: "Хочу и делаю", "Не поддамся" могло бы также хорошо выражено через "Я буду победителем и выиграю". Жесткие люди имеют сильную волю, но это не является признаком здоровья. Воля позволяет человеку достигать, но не позволяет наслаждаться достигнутым, так как это зависит от способности отдаваться. Воля сама по себе не является нездоровой или невротичной. В опасных ситуациях она может спасти жизнь. Невротический характер она приобретает, если укореняется в структуру тела до такой степени, что человек не в состоянии отбросить ее, для того чтобы отдаться своему сердцу или сексуальной страсти. Несмотря на мнимую интеграцию, которую дает жесткость, личность страдает от расщепления между головой и телом, мышлением и чувствами. В итоге мы имеем дело с количественным фактором. Каждый человек в нашей культуре в какой-то степени страдает от расщепления. Когда это противоречие не такое глубокое, ему сопутствует жесткость. Глубокое расщепление приводит к видимому разладу между главными сегментами тела. В той же самой степени, в которой личность расщеплена, она теряет грацию и не имеет духовного опыта слияния с универсумом. Так же как воля отделяет голову от тела, она изолирует человека от окружающих людей. С другой стороны, эта изоляция позволяет расцветать индивидуальности. Человек может быть кем-то именно потому, что использует волю. Использование воли и состояние упрямства - это две разные вещи. Жесткость в ситуации кризиса является чем-то совершенно другим, чем пребывание жестким все время, так как она дает движущую силу. Мы считаем, что это очень большое дело достичь успехов, кого-то победить, и не отдаем себе отчет в том, что в жизни нечего побеждать кроме страха перед самой жизнью. Чем больше мы боимся, тем более становимся жесткими.

Следующее упражнение является тестом на жесткость шеи и талии.

Упражнение 1

Примите исходную позицию: стопы параллельны, колени слегка согнуты, таз расслаблен и слегка отодвинут назад. Оглянитесь через левое плечо, поворачивая голову максимально влево. Удержите эту позицию в течение нескольких дыхательных циклов и старайтесь почувствовать напряжение в мышцах, идущих от основания черепа к спине. Поверните голову вправо, посмотрите через правое плечо, несколько раз глубоко вдохнув.

Это упражнение выполняется утром от пяти до десяти раз. Оно принадлежит к моей программе личностного развития.

Для того, чтобы измерить гибкость талии, поднимите руки с согнутыми локтями на высоту плеч. Сейчас поверните тело максимально влево и удержитесь в этой позиции на несколько циклов дыхания. Затем поверните тело вправо и удержите позицию в течение нескольких циклов дыхания. Чувствуете ли Вы, насколько напряжены мышцы спины и талии? Выполняя это упражнение, остаетесь ли Вы в состоянии вдохнуть нижней частью живота? Стоите ли Вы в требуемой позиции (стопы параллельны, колени слегка согнуты, тяжесть тела немного смещена вперед)?

Жесткость может охватывать всю спину, которая становится доскообразной от головы до крестца. Я видел человека, который страдал от анкилоизирующего спондилита. Его позвонки стали слитной колонной, что является крайним вариантом жесткости. Этот человек не мог сгибаться и поворачивать свое тело, а его отношения с людьми были такими же жесткими, как и его спина. Я знал, что его отец достиг в жизни успеха и был в жизни очень авторитарным человеком, который требовал от сына абсолютного послушания. Снаружи мальчик был ему послушен, но внутри постоянно сопротивлялся. К сожалению, он подавил свое чувство сопротивления до такой степени, что оно укоренилось в структуре его тела. Этот человек не мог оплакивать даже трагедии своей болезни, потому что плакать означало для него сдаться, размякнуть, а это было для него невозможно.

Говоря вообще, подавленный гнев сопровождается напряжением мышц верхней части спины. В гневе волна возбуждения движется вверх вдоль спины до зубов (импульс кусания) к рукам (импульс удара). Когда животное злится, его хребет поднимается, а шерсть

встает дыбом. Когда человека охватывает гнев, его спина также поднимается, он поднимает хребет, что указывает, что он готов к атаке. Выражение гнева ослабляет возбуждение и позволяет хребту снова опуститься. Однако когда гнев подавляется, напряжение сдерживается и становится хроническим. Такая ситуация возникает в детстве, когда ребенок впервые подвергается атаке на свою интеграцию, когда родитель приказывает ему выполнить что-то, чего он не хочет делать. Если сопротивление этому заданию сопровождается наказанием, естественной реакцией ребенка будет гнев. К сожалению его гнев может встретиться с наказанием настолько суровым, что он будет вынужден подавить гнев. В таком случае он сдастся, но только внешне. Внутри он останется жестким, сопротивляясь и сдерживаясь в выражении гнева, но его импульс останется в подсознании. Такой человек может не ощущать гнев, который он носит в себе, но он будет проявляться в жесткости и напряжении верхней части спины, но он этого не замечает, так как это происходит сзади. Даже если человек замечает ненормально согнутую верхнюю часть позвоночника, он не знает, как это интерпретировать, так как это является компетенцией психотерапевта.

Жесткость спины не будет редуцирована до тех пор, пока подавленный гнев не станет осознанным иотреагированным. Человек может подозревать о существовании в нем скрытого гнева, если с ним случаются неконтролируемые взрывы бешенства или когда его преследует постоянное чувство раздражения. Так как такие реакции не связаны с реальной причиной, они не приводят также к успеху в разрядке напряжения. Только когда напряжение снова оживет, человек в состоянии почувствовать гнев и ассоциировать его с травмой, которая его вызвала. Основным упражнением, которое я использую в биоэнергетической терапии для того, чтобы помочь пациентам освободить напряжение спины, является ударение по топчану кулаками или теннисной ракеткой. Никто не может повредить себе во время выполнения этого упражнения, которое является хорошим способом разрядки хронического напряжения, вызванного подавленным гневом. Я использую это упражнение в своем кабинете, а также советую пациентам, чтобы они использовали его дома. Рекомендовано, чтобы топчан имел матрас из резины, которая выдержит такое отношение. Мужчины обычно используют кулаки, а женщины теннисные ракетки, чтобы лучше почувствовать силу

ударов.

Упражнение 2

Станьте лицом к топчану. Стопы параллельны, колени слегка согнуты, чтобы обеспечить хорошую амортизацию, так как движение исходит из стоп. Поднимите кулаки или ракетку над головой, слегка прогибаясь назад. Не прогибайтесь далеко, так как это прервет контакт с землей. Вместо того, чтобы опираться на силу, протяните руки как можно дальше назад, удерживая их как можно ближе к голове. Это может показаться трудным из-за напряжения в плечах, но если Вы будете выполнять это упражнение часто, напряжение разрядится.

С руками, поднятыми в таком положении, сделайте глубокий вдох и ударьте по топчану. Постарайтесь, чтобы это движение началось от стоп, для того, чтобы оно было выполнено грациозно. Так как удар по принуждению является более слабым, не старайтесь ударять в топчан с максимальной силой. Так же как в стрельбе из лука расстояние, на которое вылетает стрела, зависит от степени натяжения тетивы лука, сила каждого движения мышц зависит от длины их растяжения, а не от активности сокращения.

Постарайтесь, чтобы Ваше дыхание было глубоким и свободным, не сдерживайте его. Это упражнение может возбудить в Вас сильное чувство гнева, но это не является целью. Сам удар является выражением гнева. Это упражнение освободит от напряжения в спине, если будет выполняться правильно и в течение длительного времени.

Я сам выполнял это упражнение много раз, чтобы помочь себе освободить гнев, который сдерживал в своей спине. Я давно знал, что моя спина закруглена и зажата. Однажды я сказал массажисту, работающему над моей спиной, причину моего напряжения, которую описал как сдерживаемый гнев. В это время я спонтанно сказал: "Не должно уже больше быть гнева". Когда я это говорил, я почувствовал, как что-то из моей спины уходит. Я почувствовал себя более свободным, как если бы кто-то снял с меня тяжесть. Я отбросил от себя немножко жесткости и контроля, которые ограничивали мою жизнь.

Чтобы отбросить контроль, мы должны разрешить голове слушать тело. Как же трудно это для большинства людей в нашем

разумном мире! Слишком многие из нас живут, руководствуясь головой, вместо того чтобы прислушаться к желаниям тела.

Г. А. АРИНА,

доктор психологических наук, профессор МГУ им. М.В. Ломоносова,

В. В. НИКОЛАЕВА,

старший преподаватель кафедры нейро- и патопсихологии
факультета психологи

ОТ ТРАДИЦИОННОЙ ПСИХОСОМАТИКИ К ПСИХОЛОГИИ ТЕЛЕСНОСТИ

*(От традиционной психосоматики к психологии телесности
// Вестник Московского университета. – 1996. - №2).*

Судьба психосоматики в медицине

Психосоматика – область междисциплинарных исследований (философии, физиологии, медицины, психологии др. наук), направленных на изучение проблемы соотношения психики и сомы, души и тела, т. е. психосоматической проблемы. Задолго до возникновения психосоматической проблемы как особого направления научного поиска обыденная жизнь открыла человеку существование тесной связи между явлениями душевными (психическими) и телесными (соматическими). Эту связь обнаруживали различные области человеческой практики, но в наибольшей степени те из них, которые ставили цель изменения душевного настроения или телесного самочувствия человека. К таковым относятся, прежде всего, религия, педагогика и медицина. Каждая из них, решая свои задачи, выработала особые приемы – “техники” влияния на человека (даже, например, управления душевным состоянием через воздействие на тело).

Научный статус психосоматической проблема обрела относительно недавно. Само понятие “психосоматика” было введено И. Хайнротом в 1818, а в 1828 году К. Якоби впервые использовал родственное понятие “соматопсихика”. В настоящее время

исследователи называют 3 научных направления, развитие которых способствовало становлению психосоматики как науки, – это психоанализ, теория кортико-висцеральной патологии и концепция мобилизации Кеннона. По-видимому, сюда же следует отнести и теорию стресса Г. Селье вместе с обширным циклом исследований по проблемам стресса. Основной предметной областью, в русле которой развивалась психосоматика в течение последних десятилетий как в западной, так и в отечественной науке, стала медицина. Возникли такие области знания, как “психосоматическая медицина” или “психосоматическое направление в медицине”; появились термины, описывающие связь соматических и психических процессов: “психосоматические соотношения”, “психосоматические взаимодействия”, “психосоматическое единство” и др. Развитие психосоматического направления в недрах медицины определило, прежде всего, соответствующий круг клинических феноменов, т. е. те расстройства или заболевания, в генезисе и динамике которых существенную роль играют психологические факторы. В центре внимания исследователей-клиницистов оказались: психогенные конверсионные расстройства; психовегетативные нарушения в структуре неврозов и маскированных депрессий; заболевания психосоматической специфичности; вторичные психогенные нарушения телесных функций у больных с хроническими соматическими заболеваниями, а также изменения психики, отягощающие течение основного (соматического) заболевания. Включенность психосоматической проблематики в логику развития общемедицинского знания привела 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; феномен аффективной дезорганизации с выраженными телесными компонентами.

Развитие психосоматики в русле медицины имело и еще одно важное последствие. Психология как наука о закономерностях душевной жизни человека оказалась на периферии изучения проблемы. Ее положение при этом можно определить как вспомогательное, служебное, обеспечивающее лишь квалификацию психического состояния пациента и оказание ему психологической помощи с целью коррекции состояния. Понятно, что эффективное решение даже этих прикладных задач наталкивается на неразработанность сложных теоретических проблем психологии в психосоматике. В отечественной психологии проблемы психосоматики до последнего времени не становились предметом последовательной теоретической разработки. Научные исследования затрагивали, как правило, лишь отдельные стороны проблемы: образ тела (Дорожевец, 1986; Соколова, 1989), психовегетативные связи при соматоформных расстройствах (Вейн, Молдовану, 1988), условия психологического риска психосоматической патологии (Вассерман и др., 1985; Гоштаутас, 1985; Губачев, Стабровский, 1981; Карвасарский, 1982; Коростелева, Ротенберг, 1991; и др.). Психологический план телесности человека представлен в этих работах неполно: либо сугубо эмпирически, либо в контексте изучения иных психологических образований (например, самосознания, образа Я). С нашей точки зрения, теоретически плодотворной переформулировке проблемы психосоматики препятствует господствующий предрассудок, согласно которому собственно человеческое в человеке ограничивается психикой. Реальность же организма всецело исчерпывается содержанием того, что дают естественные науки (физиология, анатомия, биология и т. д.). Таким образом, первая (и основная) задача, которая возникает перед психологами, обратившимися к психосоматической проблематике, поиск собственного предмета исследования в этой области, выделение круга научно-психологических проблем и обозначение путей их разрешения.

В поисках предмета психологии телесности. Телесность оказалась “теоретически невидимой” для психологии, несмотря на свою очевидность. Декларируя психосоматическое единство человека, психология занимается преимущественно явлениями сознания, высшей психической деятельности, а телесность остается

для нее чуждым, натурально организованным и природно готовым к жизни качеством. Из исследования процесса становления человека – социализации и опосредствования его функций – выпала одна из фундаментальных сторон: природная жизнедеятельность самого человека, его телесное бытие. Это касается как освоения социализированных форм осуществления телесных функций (еды, питья, сексуального поведения и др.), так и огромной области культурных способов переживания и проявления болезненных телесных расстройств. Подобное положение приводит к тому, что “бестелесная” психология и педагогика упускают целые пласты важнейшей реальности человеческого существования, сталкиваясь с ней лишь в форме “ущербности”, искаженного развития или патологии, а “организмальная” медицина демонстрирует свою нарастающую дегуманизацию, кризис доверия, беспомощность теоретического понимания и лечения расстройств патогенез которых выходит за рамки физиологических изменений. Здесь необходимо отметить, что, несмотря на недостаточную проработку психологических аспектов развития и функционирования телесности, в настоящее время происходит становление новой области практики – телесно-ориентированной психотерапии. Понятие “телесность” используется как психологическая оппозиция тождеству “тело-организм”, а сами феномены телесности рассматриваются как проявления стереотипов коммуникации и самовыражения. Однако феноменологический подход, реализуемый в работах по телесно-ориентированной психотерапии, оставляет в принципе без ответа ключевые вопросы проблемной области психосоматики: о механизмах симптомо- и синдромогенеза, о систематике психосоматических феноменов и т. д. Вместе с тем психология телесности до сих пор остается неразработанной областью собственно научной психологии, а сама телесность трактуется как “низшая”, архаичная форма жизнедеятельности, на которую не распространяются общепсихологические закономерности человеческого развития и существования. 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. Ср.: есть биохимия и биофизика, но nonsens – химическая биология. Напротив, возможны вполне педагогическая, художественная, культурная и прочие психологии. Это перевернет все точки зрения в психоневрологии... Надо от системы ясных понятий (психологии) идти к физиологии” (1977, с. 94). Приведем еще одну цитату из записных книжек Л. С. Выготского, важную для дальнейшего понимания логики культурно-исторической реинтерпретации психосоматики: “Наша точка зрения: единство психофизиологических процессов и главенство психического момента; исследование психологических процессов; вершинная точка зрения в психофизиологической проблеме. 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” (1982, с. 66).

Все, с чем имеет дело человек, в том числе и его тело, дано ему в культурно преобразованном виде, заключено в определенную исторически и культурно детерминированную перспективу. Идея “культурного” тела, его символической природы, неоднократно обсуждалась в философской антропологии (Э. Кассирер), искусствоведении (М. Бахтин, М. Волошин). Однако принцип универсальной роли символического в культуре сам по себе не позволяет раскрыть психологическое содержание культурных феноменов телесности. С нашей точки зрения, такую возможность открывают представления Л. С. Выготского о закономерностях психологического онтогенеза, опосредствованном строении ВПФ Мысль о новом качестве физиологических систем человека, возникающем, так сказать, “сверху”, вследствие культурно-исторического становления сознания, может быть отнесена ко всей соматической сфере человека, обретающей новое качество в ходе его культурного развития. Как и высшие психические функции, она

теряет свой натуральный характер. Конечно, здесь не может быть полной аналогии с процессом формирования ВПФ, но основной принцип (тип развития культурно-исторический) распространяется и на организм человека в целом. Культурно-историческая концепция развития психики позволяет качественно изменить общее представление о телесном развитии человека (нормальном и аномальном), о закономерностях и механизмах социализации телесных феноменов в норме и патологии. В рамках данного подхода телесность впервые становится не только предметом естественнонаучного анализа, но и включается в широкий контекст гуманитарного знания (психологического, философского, культурологического, этнографического). Можно предположить, что отклонение от культурного пути развития и есть один из центральных источников нарушения телесных функций и возникновения психосоматических расстройств. Таким образом, мы полагаем, что предметом психологии телесности являются закономерности развития телесности человека на разных этапах онтогенеза, а также ее структура и психологические механизмы функционирования в качестве человеческого, т. е. культурно детерминированного феномена в норме и патологии; условия и факторы, влияющие на формирование нормальных и патологических явлений телесности.

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 означения и наделения 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 шизофрении). 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 синдрообразования 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 синдроногенеза.

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 диагностики – 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.

ФЕНОМЕН ТІЛЕСНОСТІ ЯК МЕНТАЛЬНИЙ РЕСУРС РОЗВИТКУ ЛЮДИНИ

УДК 159.922.72 В. М. Шмаргун

На сьогодні вивчення ролі тілесних феноменів у розвитку психіки людини пов'язують із поняттям “тілесність”. Теоретико-методологічною основою інтенсивного розвитку психології тілесності є теоретичні положення культурно-історичної концепції Л. С. Виготського та теорії діяльності О. М. Леонтьєва. Виходячи з них, тілесність людини культурно детермінована і розвивається в онтогенезі. Вона входить у загальний поступ психічного розвитку як його необхідна умова та інструмент і подібно будь-якій психічній функції набуває знаково-символічного характеру (культурної форми). “Тілесність” – це тіло людини, детерміноване у своїх виявах координаційними (фізіологічними, біомеханічними, психологічними) механізмами й особливостями соціуму. Отже, тілесність як явище, що виникло на перехресті природного, онтогенетичного і соціокультурного, поєднує в собі не лише фізичні, об'єктивовані наслідки, а й ті якості (ознаки), які само тіло не має, але які надані йому співтовариством (символізація тіла).

Людська тілесність, зазначає В. П. Зінченко – “...як результат процесу онтогенетичного, особистісного розвитку, у широкому сенсі – історичного розвитку, виражає культурну, індивідуально-психологічну і смислову складові унікальної людської істоти. Якщо “тіло” означає, передусім, фізичний об'єкт, що не несе в собі суб'єктивності, духовності, то “тілесність” є одухотворене тіло, яке виявляється в живому русі” [2, с. 123]. Людина виявляє свою сутність через такі закономірності тілесності: тіло надає форми та образу людині; забезпечує вияв життя, його організацію і перебіг у часі; забезпечує індивідуальні душевні вияви, а також здатність рухатись та виявляти свідомість; забезпечує інтенсивність і вияв волі як окремої складової психічної діяльності. Отже, основою зростання інтелектуальних сил відповідно до віку дитини є здоровий тілесний розвиток. Тілесність виступає тут як вияв людського потенціалу, як валеологічна цінність. Що менші діти, то тісніший зв'язок мислення із силами тілесного зростання.

Актуальність розробки цього напрямку досліджень пов'язано

також і з тим, що по-перше, “здібності” є базовою психологічною категорією, на основі якої в сучасній психології формується цілий перелік нових понять: “компетентність”, “соціальний інтелект”, “емоційний інтелект”, “психосоматична життєстійкість”, “духовність” тощо. Актуальність досліджень у галузі психології здібностей обумовлено й тим, що здібності – це: а) “наскрізні” психологічні виміри будь-якої діяльності; б) основа соціально значущих індивідуальних відмінностей; в) один із чинників індивідуальної успішності діяльності та ефективності використання людських ресурсів; г) умова опанування нових видів діяльності, що набуває особливої значущості в період інноваційних технологій.

По-друге, дослідження ментальних ресурсів людини – це стрижнева проблематика сучасної психології. Перехід від категорії “когнітивні здібності” до категорії “ментальні ресурси” не лише забезпечує наступність розвитку цієї галузі психології, але й сприяє її включенню в сучасний науковий і соціальний контекст. Вивчення здібностей з позицій ресурсного підходу надає можливість принципово змінити ракурс дослідження: здібності розглядаються як ментальний ресурс у регуляції індивідуальної та групової соціальної поведінки. Крім того, розширюється галузь досліджень, зокрема, до ментальних ресурсів можна віднести феномен тілесності (психосоматичного), а також низку інших виявів ментального досвіду індивіда.

Аналізуючи проблеми співвідношення соматичного і психічного, Є. П. Ільїн, Н. О. Логінова, С. Д. Максименко, Л. Ф. Шеховцова у своїх дослідженнях зазначають, що психічна діяльність забезпечується не лише роботою мозку та нервової системи в цілому, а й іншими системами організму. Розглядаючи різні аспекти цієї проблеми, переважна більшість авторів (В. П. Зінченко, В. П. Мурза, В. М. Нікітін, В. В. Ніколаєва, Н. Ф. Шевченко та ін.) звертають увагу на необхідність розвитку нового напрямку психологічних досліджень у цій царині знань – психології тілесності, психосоматичного в психології. Попри це, питання співвідношення психічного і соматичного у сучасній вітчизняній та зарубіжній психології ще не стало предметом глибокої і послідовної розробки. Водночас, аналіз літератури засвідчує, що вчених-психологів усе більше хвилює питання: як на основі пізнання тілесних, сенсомоторних процесів ефективніше досліджувати психічні функції, прогнозувати психічний

розвиток людини. Проблема психосоматичного поступово трансформується із методологічної в експериментальну.

На відміну від медичного підходу до психосоматичного у новому контексті цей термін розглядається нами ширше і має містити вивчення психосоматичних виявів людини за нормального розвитку. Введене нами поняття “психосоматика норми” за своїм змістом становить самостійний напрямок психологічної науки, де вивчаються психосоматичні особливості дитини за нормального розвитку, які містять сенсорно-перцептивні, сенсомоторні, психомоторні характеристики, інші якості тілесності як комплекс психосоматичних особливостей індивіда.

Наш підхід до проблеми психосоматичного надає можливість емпіричного дослідження психосоматичних особливостей розумового розвитку дітей. Емпіричне дослідження психосоматичних показників з операційних позицій, використання їх як інструментального засобу вивчення психічного розвитку дітей в онтогенезі сприяло встановленню тих закономірностей, що визначають психофізіологічний і психічний розвиток індивідуальних особливостей, зокрема інтелекту [6]. Перед педагогічною та віковою психологією постає завдання вивчення того, як і за яких умов в актуалізацію загального психічного розвитку “вплітаються” онтогенетично задані стереотипи психосоматичного реагування та регуляції.

Мета статті полягає в теоретичному аналізі феномену тілесності, психосоматичного у психічному розвитку людини на ранніх стадіях онтогенезу.

Для розуміння механізмів діяльності мозку та соціальної поведінки людини велику концептуальну значущість мали погляди О. О. Ухтомського на співвідношення біологічного і соціального, фізіологічного та психічного в природі людини, спроби створення комплексної науки про людину, передусім його вчення про домінанту. Принцип домінанти, сформульований ним стосовно природи людини, став стрижнем ідей О. О. Ухтомського. Він складає основу поєднання функціонально розрізнених до цього елементів у гармонійне ціле – ансамбль з єдиною спрямованістю злагодженої дії і визначав цілеспрямований характер реагування організму у середовищі. Комплекс ефектів домінанти стосувався, передусім виявів її ролі в процесах уваги та предметного мислення.

Як відомо, основу створення домінантного стану складає та чи інша потреба організму, яка призводить до створення в нервовій системі відповідного первинного домінантного “фокусу”. При досягненні визначеного рівня збудження в первинному домінантному осередку воно набуває здібності до сумачії збуджень, ніби притягуючи до себе подразнення, забезпечуючи тим самим своє підсилення і підкріплення. У результаті в ділянку первинного збудження залучаються все нові та нові нервові маси, що призводить до появи вторинних домінантних осередків. Останні, долучаючись до єдиного робочого ансамблю, формують “домінантну констеляцію нервових центрів”, яка працює за принципом просторової синхронізації нейтронної активності.

Важлива роль у цьому процесі відводиться гальмуванню як чиннику, що визначає векторну спрямованість поведінки на біологічну значущість компонентів середовища. Саме за посередництва спряженого гальмування, яке одночасно нівелює здібності інших центрів реагувати на імпульси, в організмі формується лише один напрямок дії. Створення в нервовій системі подібної домінуючої констеляції нервових центрів являє собою перший, початковий етап формування організмом визначеної програми дій щодо задоволення біжучої потреби.

Та чи інша домінантна ситуація (мотивація) своєю чергою активізує мнемічні процеси (фонд пам’яті) як сукупність слідових реакцій з минулого досвіду індивіда. Ці сліди відповідним чином є структурованими і мають у собі значущі, актуальні компоненти минулого середовища та ситуацій, в яких колись діяв організм. Відбувається процес порівняння, співставлення минулого досвіду з новими умовами середовища як результат цілісного образного сприймання наявної ситуації. Оскільки таке співставлення відбувається на фоні активного домінантного стану організму, із пам’яті першочергово вивільняються ті слідові програми дій, які чимось схожі з новими і зміст яких більшою мірою сприяє забезпеченню біжучої потреби.

У процесі цього формується певний інтегральний образ (“вторинний синтез” за О. О. Ухтомським) [4]. На відміну від недиференційованого цілісного первинного синтезу цей якісно новий синтез стає суб’єктивно забарвленим, “інтегральним образом” середовища як результат вибірковоактивного предметного

сприймання. Невипадково, постулюючи принципово образний характер психіки, О. О. Ухтомський називав інтегральний образ “вірогідним проектом передбачуваної реальності”. Інтегральний образ постає як елементарна одиниця процесу пізнання, що забезпечує цільову детермінацію поведінки людини. Отже, процес пізнання – це відображення діалектично безперервного кола “синтез-аналіз-синтез”.

Ще на одну методологічну обставину у контексті теми заявленої статті слід звернути увагу. Розвиваючи уявлення про психіку, розумовий розвиток, необхідно брати до уваги і те, що не всі процеси та стани нервової системи і мозку мають (виконують) функцію відображення і тому вони не можуть бути названі психічними. При здійсненні відображальної діяльності у нервовій системі та мозку постійно відбуваються обмінні, трофічні й енергетичні процеси, без яких психічна діяльність була б неможливою, але вони не можуть бути названі психічними за визначенням. Отже, психіка – це не всі фізіологічні процеси нервової системи і мозку, а лише один їх особливий клас, що має специфічну функцію відображення. Водночас, функціональна система психічного відображення, психічної регуляції не може діяти без фізіологічної підсистеми енергетичного та трофіко-метаболического забезпечення її психічної діяльності.

Виходячи з того, що не всі нейрони мозку і кори великих півкуль пов’язано з психічними образами, на сьогодні в нейропсихології прийнято розподіляти фізіологічні мозкові процеси на два якісно різні класи: перший клас – це “нейрони свідомості”. До другого класу віднесено нейрони активуючої та інактивуючої систем мозку, які не генерують актів свідомості, однак без них функціонування нейтронної системи свідомості є неможливим [5]. Ці так звані “неспецифічні структури” визначають рівень функціонування специфічних (психічних) асоціативних структур мозку. Доведено, що кірковий синтез і інтеграція сенсорних збуджень неможлива без участі неспецифічних активуючих структур мозку. Відомо, що лише гармонійне поєднання трьох основних модальностей у способах сприймання та переробки інформації (візуально-просторової, чуттєво-сенсорної, словесно-мовної) є характерним для зрілого інтелекту (Дж. Брунер, Л. В. Веккер, М. О. Холодная).

Візьмемо систему “мати-дитина”, де саме активний характер

взаємодії малюка з матір'ю на тілесному рівні стає найважливішою умовою підтримання і підкріплення материнської та батьківської поведінки. Саме тут рухова діяльність дитини (тілесно діючий інтелект) у процесі взаємодії з дорослими забезпечує їй можливість як процесуального (просторово-часового, образного засвоєння навколишнього середовища), так і особистого залучення до пізнавальних процесів формування індивідуальної, суб'єктивної картини світу. Як відомо, основу засвоєння дитиною досвіду середовища складає механізм імпринтування (закріплення, зберігання, закарбовування) ситуацій довкілля, який визначає цілісність сприймання, а також механізм умовно-рефлекторного забезпечення вибіркової сприйнятливості. На сьогодні накопичено достатньо наукових фактів, які свідчать, що саме обидва ці механізми закладки слідів пам'яті починають реалізовуватися ще в пренатальному періоді [3]. Отже, дитина виявляє дуже ранню здібність до навчання, тобто її мозок демонструє таку ж ранню готовність до біологічних впливів.

Вибірковість сприймання, в основному, базується на вроджених механізмах індивідуального формування біологічно обумовленої специфіки сприймання впливів середовища. Уже на ранніх стадіях онтогенезу у новонароджених спостерігаються специфічні реакції розпізнавання, які ґрунтуються на "ключових" стимулах, найосновнішим з яких є обличчя людини. Починає формуватися узагальнений широко генералізований образ людини. Далі в межах цієї реакції розпізнавання малюк дуже рано починає виокремлювати матір з усього середовища, що спостерігається. Формується певний інтегральний образ матері, який фіксується в довготривалій пам'яті малюка за механізмом імпринтування. Цьому сприяє подальший тісний фізичний контакт із матір'ю (імпульсивні рухи малюка, тактильні дії матері тощо), що забезпечує сприймання цілого спектру розпізнавальних ознак матері.

Зі зростанням активності малюка, уже в двомісячному віці його моторні та перцептивні здібності набувають подальшого вдосконалення і може реалізовуватися умовно-рефлекторний механізм розпізнавання індивідуальних характеристик. Це сприяє більш повному сприйманню та розпізнаванню специфічних особливостей людського обличчя і більш тонку диференціювання настрою дорослої людини, який відображається в міміці обличчя. Ці

механізми образного сприймання наділяють малюка здатністю розпізнавати й ідентифікувати образ конкретної ситуації, набувати власний соціальний досвід. З перших тижнів спілкування малюка з матір'ю спостерігаються мікрорухи дитини відповідно до темпу мови дорослого, імітація малюком міміки людського обличчя, перш за все, імітація рухів тих провідних елементів, що були “ключовими” при його сприйманні і розпізнаванні (рот, очі, брові).

Отже, основними механізмами забезпечення засвоєння дитиною навичок видоспецифічного та соціального досвіду на ранніх етапах онтогенезу є імпринтування й імітаційна діяльність. Наявність імітаційних здібностей у малюка забезпечує підвищення адаптаційних можливостей організму в умовах всезростаючого потоку інформації. На сьогодні накопичено достатньо наукових фактів на користь гіпотези про вроджені основи імітаційної поведінки [1]. У західній психології також останнім часом з'явилися наукові напрямки, які піддають серйозній концептуальній критиці комп'ютерно орієнтований підхід у когнітивній психології та проголошують необхідність “тілесного підходу”, згідно з яким будь-яке пізнання – тілесно, а тому його вивчення повинно співвідноситися зі структурою і функціями тіла живої істоти, та й її мозку зокрема [9]. Підкріпленням цих даних є і відкриття в процесі картирування мозку так званих “дзеркальних нейронів”, виявлених у рухових зонах мозку, які забезпечують моторне відтворення сигналів, що спостерігають діти цього віку [8]. Семимісячний малюк здатний повторити рух у відповідь дорослому, наприклад – підморгнути.

Таким чином, на ранніх етапах онтогенезу такі психосоматичні механізми як імпринтінг та імітація (наслідування) відіграють ключову роль у засвоєнні дитиною першого біосоціального досвіду. Імпринтування забезпечує ніби безпосереднє термінове введення і переробку інформації щодо біологічних та соціально значущих компонентів середовища. Водночас, імітація може розглядатися як безпосередній терміновий канал рухового, біологічно адаптованого реагування. Сумісно ці два психосоматичні механізми формують базу для розвитку процесів індивідуального навчання, забезпечують можливість реалізації як загальних, видоспецифічних форм поведінки, так і засвоєння соціокультурних традицій конкретного соціуму. Ці дві форми поведінки забезпечують можливість виживання й адаптації молодого організму в умовах конкретного біосоціального

середовища.

Як свідчить наше лонгітюдне порівняльне дослідження дітей, які нормально розвиваються, та дітей із затримками психічного розвитку, останні навіть на етапі молодшого шкільного та підліткового віку суттєво відрізнялися від своїх однолітків (дітей норми) за показниками метричного інтелекту, сенсорно-перцептивних, сенсомоторних здібностей, когнітивно-стильових характеристик інтелектуальної діяльності, просторово-часових характеристик довільних дій, міокінетичних особливостей внутрішнього відчуття графічних рухів при блокуванні зорового аналізатора. Зокрема, аналіз сформованості серійної організації рухів і відтворення графічних рухів дітьми засвідчує, що механізми побудови, регуляції та контролю довільної рухової діяльності центрального рухового аналізатора краще сформовані у дітей без відхилень, ніж у дітей із затримками психічного розвитку [7]. У цьому разі показники сенсорно-перцептивних сенсомоторних реакцій є індикаторами не лише сенсорно-перцептивних процесів, які ґрунтуються на використанні зорової інформації, а й психічних процесів більш високих рівнів, пов'язаних з мисленням.

Отже, поняття єдності тіла і душі ґрунтується на наукових фактах щодо єдності та цілісності людської істоти. Попри існування безлічі різних компонентів, що складають цілісну особистість, їх неможна розглядати окремо один від одного, оскільки вони тісно пов'язані між собою. У побудові людини відображено психологічну і тілесну гармонію. Тіло – це просто очевидне свідчення тонкості та розвиненості нашої свідомості. У наших тілах відображено всі події і досвід, який ми набули в процесі життєдіяльності. Тіло зберігає в собі все, що будь-коли пережило: біль, емоції, стреси тощо, загорнуті в тілесну оболонку.

Малі діти засвоюють нові вміння через адаптацію свого тіла до того, що сприймається. Адже те, що ми сприймаємо подумки, діти сприймають чуттєво, бо засвоюють дійсність на основі власного сенсомоторного досвіду та наслідування тілесних рухів дорослих. Через тривалий час діти можуть чітко відтворити певний рух, який вони колись спостерігали у дорослих. Тобто, у дітей нові вміння залишаються жити в якості тілесного пригадування. Та чи інша міра співпадання згадуваного зі зразком залежить від універсальності дитячої думки, а також від міри розвитку тілесності. У них діє, так би

мовити, тілесно орієнтований інтелект. Як бачимо, перший крок у розвитку мислення – це безпосереднє сприймання того розумного, наповненого змістом, що міститься в навколишніх предметах і діях. Коли діти дорослішають, то ця здатність тілесного пригадування, наслідування рухів знижується, поступаючись мисленню, яке активно народжується в процесі спілкування з дорослими.

Так само як у тілі відображається все, що відбувається зі свідомістю, так і свідомість реагує на біль та дискомфорт, від котрих потерпає наше тіло. Тут існує універсальний закон розвитку – закон причини і наслідку, де одне не існує без іншого. Тут зовнішнє оцінюється через внутрішнє, але не навпаки. Усе, що трапляється з нами, має свою причину. Тіло відображає те, що відбувається з нами як на свідомому, так і підсвідомому рівнях, тобто духовне використовує тіло для самовираження. Згідно з принципом відповідності, будь-який вияв фізичної природи пов'язано з відповідним нефізичним станом чи принципом.

Багато авторів розглядають тілесний досвід як базовий у формуванні структури свідомості й особистісних структур. Образ тіла є комплексним і багатоаспектним конструктором. Невипадково в структурі самосвідомості виокремлюють два компоненти: образ фізичного “Я” як когнітивне утворення й емоційно-оцінні відношення (самооцінку) як афективне утворення. Образ тіла містить пов'язані з власним тілом перцепції й установки, у тому числі і думки, вірування, почуття та програми поведінки.

Сенсорна організація й основні рівні чуттєвого пізнання дітей на цьому відрізку онтогенезу мають важливе значення у формуванні вищих психічних функцій. Вони повинні обов'язково враховуватися під час визначення ресурсів і результатів розумового розвитку дітей, вимагають більш повного використання в процесі навчання та виховання. Виходячи з того, що у навчанні ще досить часто домінує абстрактність, слід більше уваги приділяти цілеспрямованому формуванню тілесно-чуттєвих вражень і на цій основі – глобально-цілісних когнітивних структур. Безумовно, коло наукових проблем щодо формування розумової здатності людини постійно розширюється, що вимагає нових досліджень природничо-наукових основ психічного обґрунтування діалектичної єдності фізіологічного та психічного, об'єктивного і суб'єктивного в природі людини.

КОМПЛЕКСНА ПРИРОДА ФЕНОМЕНУ «ДУША-ТІЛО». ЗАВДАННЯ ПСИХОСОМАТИКИ

Березіна В.В. кандидат філософських наук, старший викладач кафедри філософії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика м.Київ, Україна

У протиріччі між тілом, яке описують, і живим тілом лежить одна з центральних труднощів у виробленні спільної мови для медицини і психології. Будучи стільки років розділеними, ці дві області знання страждають від взаємних передсудів, які заважають обом. Навіть психосоматика – молодша дочка цієї пари – страждає від того ж неврозу, намагаючись звести патологію до причинно-наслідкової психології, використовуючи редукціоністський біомедичний підхід, який коротко можна сформулювати так: тіло – це машина, яка має бути проаналізована і зведена до своїх окремих частин. Психіка і тіло мають причинні і детерміністські відношення і їх можна об'єктивно розділити. Здоров'я можна визначити як відсутність хвороби, яка, в свою чергу, визначена як погане функціонування біологічних і/або психологічних механізмів. Про це зокрема багато пишуть Б. Любан-Плоцца та В. Пельдінгер у своїх посібниках з психосоматичної медицини для лікарів. Вони говорять про хибність розподілу захворювань на «органічні» та «функціональні» [2].

У медицині і психології термін «психосоматика» традиційно використовується для позначення хвороби з діагнозом, коли «органічні причини» виключені. Психосоматичні хворі сприймаються як «емоційно порушені» пацієнти, яким може допомогти лише психолог. Деніс Рамос говорить про психологізм 1970-х, який привів до того, що пацієнтів оголосили відповідальними за їхній біль і страждання. Таким чином, крім тривоги через хворобу, пацієнтам доводилося звинувачувати себе за сум, домінування поганого настрою, за те, що у них є ті чи інші особистісні риси або хронічна депресія. В той же час поширеним психологічним штампом типу «бажання смерті», відсутність волі до життя» та іншим була протиставлена ефективність хірургічних та лікарських засобів. Психологічні теорії також мало сприяли розумінню феномену душі-тіло, у якому вони або залишалися на поверховому поведінковому

рівні, або психодинамічно зводили феномен до досвіду дитячої травми з мізерними терапевтичними можливостями [3, с. 8]. За Мелло та ін. (1992), психосоматика пройшла в розвитку три фази:

(а) початкову або психоаналітичну з переважанням досліджень, зокрема, несвідомого генезу захворювань, теорій регресу і вторинних вигод бути хворим;

(б) проміжну, або біхевіористську, яка намагається задати загальну структуру знахідкам у світлі точної науки і надання значення дослідженням стресу;

(в) сучасну або міждисциплінарну, у якій в середовищі професіоналів здоров'я наголошується важливість соціального і психосоматичного погляду як активної взаємодії [3, с. 35].

Як бачимо, сучасне застосування терміну «психосоматика» змінилося і походить зі знання фундаментальної взаємозалежності між духом і тілом на всіх стадіях хвороби і здоров'я. Було б редукаціонізмом вважати, що є хвороби, викликані лише психологічними або лише органічними факторами. Завжди є багато змінних, задіяних у будь-якому явищі. Ми маємо розглядати усі захворювання як психосоматичні настільки, наскільки вони передбачають постійні зв'язки між тілом і розумом у їх походженні, розвитку і лікуванні.

ЛеШан (1992) описав три принципи, які лежать в основі сучасної психосоматичної медицини. Перший стверджує, що індивід існує на багатьох рівнях або сферах однакової важливості. Розділяти їх на тіло, розум і дух властиво для західної традиції, однак можна застосовувати і поділ на інші рівні. Другий принцип: кожна особистість може бути розглянута як унікальна і заслуговує відповідного ставлення. І третій: пацієнта слід надихати на те, щоб він діставав вигоду від своєї автономії в процесі лікування.

Дотримуючись цих трьох принципів, ми можемо допомагати розвивати середовище, у якому здатності індивідів лікувати себе з більшою ймовірністю вийдуть на поверхню в допомогу алопатичній медичній програмі.

З іншого боку, ми можемо сказати, що ці принципи прагнуть викликати вищий рівень активності в процесах і структурах, які ми відносимо до «імунної системи» [3, с. 39].

З 1980-х років біомедична психосоматична модель почала втрачати силу і була в деяких областях замінена так званою

холістичною психосоматичною моделлю. Вона частково наслідує романтичну модель, має паралелі з розвитком сучасної науки і включає в себе бачення екологічного всеохопного світу, в якому всесвіт бачать як живу систему взаємозв'язків. Досі не встановлено ніяких концептуальних або інституціональних теоретичних рамок, які могли б помістити проблему здоров'я і хвороби в нову парадигму.

Нещодавнє введення в обіг таких термінів як «психокардіологія», «психоонкологія», «психонейроімунологія» і «психоендокринологія» дозволяють уникати терміну «психосоматика» і при цьому сприяти стиранню меж між областями дослідження. Однак також воно все-таки відображає поділ тіла і веде проти загальної тенденції нашого часу, коли все більше розкривається взаємозв'язок між різними системами. Наприклад, неможливо говорити про психокардіологію без вивчення психоендокринології.

Сьогодні ми бачимо великий прогрес, особливо в області нейронаук – багатообіцяючому джерелу відношень між нервовою системою, мозком і свідомістю. Крім того, в психології накопичено багато експериментальних даних, які хоча і викликають велику полеміку, все ж підтверджують вплив психосоціальних змінних на походження і розвиток так званих органічних захворювань.

Квантова фізика навчила нас, що матерія і енергія – це два різних аспекти однієї реальності і що їх фізичні характеристики можуть бути поміченими лише як статистична ймовірність. Ця невизначеність насправді є функцією відношень матерії та енергії в уявленні експериментатора. Таким чином, квантова теорія ставить під питання принципи причинності і детермінізму і веде до глибоких змін і в гуманітарних, і в біологічних науках. У цій парадигмі будь-яка природня сила (така, як гравітація, наприклад) не може бути зрозумілою редуکتивно. Ми можемо назвати її ефекти, але не сутність, яка не-унаочнювана.

Отож прогрес в молекулярній медицині, нейробіології, генетиці і застосування квантової теорії до біології розширили наш спосіб бачити відношення «розум-тіло» і привели до нових роздумів про здоров'я і хворобу. Якщо молекулярний рівень корисний для вивчення фізіологічних явищ, то на квантовому рівні матерія і психіка змішуються. Сучасна наука тим самим припускає проблематичну природу знання. Ласло (1993) стверджує, що наука перебуває на порозі нової «революції», яка обіцяє бути масштабнішою, ніж

коперніканська, і вона може розгортатися лише міждисциплінарно як більш холістичний, системний підхід, як космологічна 24 революція в тому сенсі, в якому космологія завжди була наукою про реальність в цілому [3, с. 38].

Резюмуючи попередні концепції, практики, методи і техніки, холістична модель намагається інтегрувати їх у сучасний світ. Але навіть у авторів, які використовують новий підхід, можна помітити відсутність концептуальної моделі. Техніки застосовуються і апробуються, в цілому з хорошими результатами, але у формі, яка винятково емпірична. В фундаментальній праці «Людина та її душа» говориться про зародковий стан наших знань про взаємодію між емоційними факторами та основними органічними функціями організму, водночас зазначається їхня величезна потенційна цінність, оскільки емоційні фактори задіяні у будь-якому захворюванні [1, с. 570]. Цей новий підхід вже повністю описаний в аналітичній психології, як це переконливо показує Д. Рамос в своїй книзі «Душа тіла».

Аналітичний психолог Зіглер (1983) у своїй роботі «Архетипічна медицина» зокрема пише, що розуміння хвороби буде повноцінним лише тоді, коли ми покинемо твердий ґрунт емпіричної медицини, так як, на його думку, досвід показує, що категоризація патологій відповідно до сутності хвороб не дозволяє оцінити взаємну динаміку здоров'я і хвороби. Слід говорити про образ хвороби, а не про емпіричні конструкти, в яких симптоми більше або менше довільно зібрані разом на базі статистичної частоти. За Зіглером, соматизація – це обмеження, яке накладає природа в ситуації, коли спостерігається надлишок односторонньо спрямованої енергії. Природа урівноважує цю тенденцію через тіло так, ніби вона намагається більш ефективно досягти своїх цілей. За його словами, наші хвороби визначаються нашою нечутливістю до здоров'я. Наша переконаність і увага не можуть вийти за встановлені межі. Тут причинні фактори – генетичні або соціальні, наприклад, – розглядаються в якості інструментів, за допомогою яких діє компенсаторний механізм. Алергічна реакція, наприклад, на якусь речовину на роботі може викривати підвищену гіперчутливість до цієї роботи, виражену через алергію. Ця «соматизація» тоді може бути зрозумілою як форма компенсації, яка веде захворілу людину до корекції її надмірно однобоких стосунків з її оточенням. [3, с. 60-61].

Однак важливо підкреслити, що сенс захворювання не дається від самого початку, це ймовірнісний результат процесу рефлексії та усвідомлення. Примусове визначення сенсу кожного захворювання привело б нас до іншого сорту редуccionізму. Послання рідко буває виразним, може бути багато варіантів. Якщо цілісність розуміти як здоров'я плюс хвороба, то хвороба – невід'ємна частина процесу індивідуації, коли ми з ним зіштовхуємося. При цьому хвороба не обов'язково пов'язана з психопатологічним процесом, вона може вказувати на новий символ. Введення поняття захворювання як символу руйнує світську дихотомію «душа-тіло»; вона стимулює рефлексію про перевизначення кордонів психологічного і біологічного, психології і медицини – ті рефлексію і перевизначення, які вже існують в клінічній практиці. Отже, в холістичній моделі психосоматики, яку містить аналітична психологія, органічне захворювання може мати ціль і сенс. Інколи значення 25 захворювання слід розуміти символічно. Розуміння і інтеграція цього символу у свідомість веде до покращення загалом стану здоров'я пацієнта. У цьому і полягає завдання психосоматики.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО РОЗГЛЯДУ ФЕНОМЕНУ ТІЛЕСНОСТІ

*УДК 159.9 БОНДАР К. В. Миколаївський національний університет
імені В. О. Сухомлинського*

У статті подається аналіз вітчизняної та зарубіжної наукової літератури щодо феноменології тілесності. Подається визначення тілесності як феноменологічної реальності, що є поєднанням біопсихосоціальних аспектів тілесного буття суб'єкта у фізичному світі. Розмежовуються поняття тіла та тілесності.

Ключові слова: життєвий простір, самоідентифікація, символіка тіла, тілесність, тілесне буття, тіло.

Новітні досягнення науки і техніки, нового образу життєвого простору інформаційного суспільства змінюють соціальні відносини виробництва, споживання і комунікації, гостро ставлять проблеми духовних цінностей та розвитку тілесної організації людини. Зміни у культурі, пов'язані з комерційним і споживчим ставленням до людського тіла, розвиток високотехнологічної наукової медицини і генетики породжують складні філософські проблеми, правові норми і моральні питання статусу людського тіла. Сутність, існування і самоідентифікація людини дедалі більше розглядаються, приймаючи до уваги людське тіло. Зміни у міжстатевих стосунках, феміністська критика підлеглого становища жінки у суспільстві сприяють поліпшенню інтереса до соціокультурних аспектів людської тілесності. Численні емпіричні дослідження тіла у психології і психофізіології, розробка специфічних тілесних технік, вирішення психотерапевтичних завдань сприяють збільшенню уваги до людської тілесності з боку вчених.

З реальністю тілесного існування людина стикається постійно. Хоча у повсякденному житті вона часто вже не помічає свого тіла, у тілесності є багато способів проявитися. Одна з найбільш поширених і найбільш неприємних – хвороби. Крім цього, і дуже велика область «нормальної» тілесності: існування тіла можна знайти практично у кожний момент нашої життєдіяльності, наприклад: «слабкості», «втоми», чи, навпаки, «сили», «пожвавлення» тощо.

Дослідження тілесності є елементом проблеми існування

людини в усіх різноманітних характеристиках її сутності. Актуальність означеної проблематики обумовлена сучасним станом вчення про людину взагалі, антропологічною кризою, необхідністю рефлексії наукових даних про людську тілесність.

Метою нашої статті є розгляд тілесності як вищої психічної функції.

Завдання статті: – визначити підходи до розуміння тілесності у психологічних дослідженнях; – проаналізувати феноменологію тілесності у психології; – розглянути питання феномену тілесності сучасної жінки.

Проблему людської тілесності можна вважати однією з найскладніших і найпарадоксальніших у філософсько-психологічному дискурсі. Впродовж багатьох століть ця проблема привертала увагу науковців: філософів, культурологів, антропологів, психологів та інших дослідників. Історія культури репрезентує різноманітність і нестандартність підходів до розгляду проблеми тілесності.

Загальновідомо, що у культурах усіх історичних епох, починаючи від античності до нашого часу, існувало певне трактування та філософське осмислення людського тіла. Проблема тілесності формулювалася у них як наявність вибору між «низьким» тілом і високою альтернативою – душа, тлінна низька плоть чи «Високий Вічний Розум». У період Нового часу значний внесок у розуміння проблеми взаємовідношення тіла і душі внесли Р. Декарт, Б. Спіноза, Дж. Локк, Дж. Берклі [1; 2; 9]. Після зародження філософської антропології як сфери філософського знання (І. Кант) з'являються нові оригінальні концепції розгляду людської тілесності (Ф. Ніцше, З. Фройд) [1; 2; 9].

Феномен тілесності як поєднання «внутрішнього» і «зовнішнього» став предметом аналізу Ж. Дельоза, Ф. Гватарі [4; 9]. Постмодернізм запропонував підхід, пов'язаний з філософією Ф. Ніцше, що репрезентує нову стратегію мислення: тіло (не зважаючи на те, гарне воно, звичайне чи потворне, юне, доросле чи старе) поставлено у центр ментальності і дискурсу [9].

Проблемі тілесності у межах філософськокультурологічного

дискурсу присвячені праці М. Фуко, Ж. Батая [4; 9]. У межах філософської антропології найбільш актуальні праці Х. Плеснера, а наукове обґрунтування зв'язку статури і характеру людини дав німецький психіатр Е. Кречмер [9].

Аналіз філософських і культурологічних концепцій тілесності дозволяє говорити про антиномічну природу існування тіла у культурі. Людське тіло, з одного боку, презентується у культурі як поле розгортання соціокультурних смислів і результат дискурсивних соціальних практик, що забезпечують контроль над тілесністю людини, з іншого – тіло зберігає за собою певний простір автономії як онтологічний феномен, не доступний дискурсивному пізнанню.

Потрібно зазначити, що в українській етнографії й етнології вивчення тілесності так і не сформувалося в окремо артикульовану проблему чи напрям досліджень. Проблема тілесності тільки частково потрапляла у сферу уваги дослідників (М. Васильєв, К. Грушевська, П. Іванов та інші) [9]. Стислі пасажі про тіло представив у своїй праці П. Милорадович (зокрема розглянуто прийоми про поліпшення краси, а також загальні правила догляду за тілом взагалі і волоссям та нігтями зокрема) [9].

Наприкінці 80-х років ХХ століття проблематика тілесності почала опрацьовуватися у рамках теорії комунікації, а також як елемент «знакових засобів культури», «вторинних моделюючих систем», тобто структурно-семантичних і семіотичних підходів. Проблему тілесної комунікації та аналіз поз, жестів, міміки та інших способів промовляння тіла розглянув Я. Чеснов [9]. Дослідження семіотики етикету опублікували А. Байбурін та А. Топорков, де розглянули семантику жесту, зокрема схиляння голови і колін, потиск руки, поцілунок тощо [9]. Окремо було розглянуто символіку тіла і його частин через призму етикетної поведінки (голови, волосся, пальців, руки). Тіло знову проголошувалося одним із центральних символів структурних побудов, де людське тіло і всесвіт визнавалися парадигмально тотожними. Частково у своїх працях до проблеми тілесності зверталися такі автори, як: О. Боряк, О. Гомілко, О. Косміна, Н. Лисюк та інші [9].

Парадигма тілесності у сучасній культурі висунула свої вимоги, критерії та еталони до людського тіла. Сьогодні спостерігаємо необхідність створення привабливого іміджу в політиці, мистецтві, науці, рекламі, нову образність у віртуальній реальності, культ

здоров'я і сексуальних потреб (на противагу деяким концептам 70-х років ХХ століття про аморфне, неструктуроване тіло, позбавлене бажання).

В останній час посилюються побоювання, пов'язані з формуванням переважно зовнішньоорієнтованої людини. Діловий і професійний успіх, кар'єрна активність, гідне місце у соціальній ієрархії, самопрезентація, самореалізація, імідж – далеко не повний перелік вимог, які висувуються до сучасної жінки з метою прийняття її навколишнім світом.

Історичні епохи, типи культури мають численні унікальні особливості, які відрізняються домінуванням прагнень людей або до утилітаризму або до піднесення духу. Сьогодні зусилля більшості людей спрямовані переважно на зовнішній світ, який скоріше є речовим, обмеженим майном, прикрасами, матеріальними благами тощо. Побудова внутрішнього світу, створення храму душі дано далеко не кожному.

Вищезазначена позиція знаходить низку прямих та непрямих підтверджень у навколишній реальності. В останній час досить часто доводиться стикатися з новими, все більш витонченими поведінковими деструкціями, з більш складними соціальними та психологічними аномаліями.

Не зважаючи на те, що психологічний резонанс соціальних та культурних змін, кризових ситуацій, які відбуваються в останній час, досить широкий, не можна забувати про його неоднозначність.

Очевидно, що сьогодні наукові пошуки ціннісних ресурсів та станів внутрішнього життя людини повинні органічно доповнювати дослідження, які стали пріоритетними, зовнішніх критеріїв успішності та конкурентноздатності.

Величезний вплив на дослідження феномену жіночого тіла і сексуальності справила творчість французького філософа і культуролога Мішеля Фуко, у центрі філософії котрого знаходилася проблематика тіла: проблеми сексуальності, влади, безумства, бажання, маргінальних практик і типів суб'єктивності, які є центральними. Зокрема тритомна «Історія сексуальності» (1976–1984) Мішеля Фуко присвячена аналізу історичних механізмів суб'єктивації індивіда через практики сексуальності, стала однією з основних класичних методологічних робіт для дослідження жіночої тілесності, предметом якої, як відомо, є феномен жіночого тіла й

особливості жіночої суб'єктивації у культурі [4].

Проблематика тіла у психологічній теорії вимагає зміни не тільки предмету, але і наукових методів аналізу.

Тіло, у термінології М. Фуко, вказує на позасуб'єктний й афектний рівень функціонування суб'єктивності. Моделлю позасуб'єктного, тілесного функціонування жінки у М. Фуко є модель маргінальної суб'єктивності у Паноптіконі – в'язниці спеціальної архітектурної будови, де невидимий наглядач, що знаходиться у центральній башті, бачить суб'єктів-ув'язнених у кліткахкамерах, розташованих навколо башти по колу. Ефект тілесного/афектного функціонування суб'єктивності, вважає М. Фуко, полягає не тільки у тому, що ув'язнений повністю контролюється спостерігачем, але у тому, що суб'єкт «більше не належить собі», і, за словами Ж. Делеза, «абстрактною формулою Паноптізму вже не «бачитиме, не будучи видимим», а нав'язуватиме якийсь тип поведінки будь-якій людській множині. У такому разі суб'єкт втрачає класичну форму суб'єкта-субстанції і стає тілесним суб'єктом, тобто формою, неідентичною собі. Прикладами неідентичної тілесної (маргінальної) суб'єктивності у М. Фуко є ув'язнений, хворий, божевільний, сексуалізований і політичний суб'єкт, а також жінка і дитина. І хоча М. Фуко аналізує феномен і типи тілесності у сучасній культурі на прикладі пенітенціарних практик, потім він переносить дію цих механізмів на все поле сучасної культури. У результаті для психологів феномен «жіночого» стає символом тілесних репресованих практик у культурі – тих, які Мішель Фуко називав маргінальними практиками [4].

Таким чином, тіло М. Фуко трактує водночас як об'єкт знання і як суб'єкт. Сучасною формою існування тіла, на думку М. Фуко, є форма, яку він позначає як «слухняне тіло», функціонування котрої не визначається більше зовнішніми правилами владної регуляції і підпорядкування, але інтенсивнішими нормами саморегуляції, самоврядування і самоконтролю. Сучасне тіло – це тіло, що більш підкоряється не владі, проте швидше волі і бажанню [4].

Особливість в інтерпретації тілесності сучасної психологічної теорії полягає у тому, що вона трактує жіноче тіло швидше як об'єкт інтенсивного задоволення і бажання, а не регуляції і контролю, який у першу чергу досліджував М. Фуко. Також, на відміну від М. Фуко, психологи звертають увагу на структури статевої диференціації індивідів, уводячи поняття тілесної відмінності й ефект сексуальної

специфічності суб'єктів знання [4].

Феномен тіла і тілесних практик суб'єктивності М. Фуко аналізує на прикладі різних рівнів функціонування реальності – не тільки пенітенціарних практик нагляду і покарання, але і на прикладі аналізу мови, тексту, медичних практик, практик сексуальності [4].

У ХІХ столітті у процедурі визнання стала – і на це Фуко звертає особливу увагу – жіноча сексуальність [4].

Традиційні дискурсивні стратегії, що аналізують феномен жіночого у культурі, насильницьки примушували жіноче тіло до визнання (процеси відьом), і лише у ХІХ столітті починають заохочуватися практики добровільного жіночого визнання, у процесі котрого формувалася жіноча «душа», «свідомість», «я». Жінка, що зізнається, як об'єкт пильного вивчення у культурі ХІХ століття – це суб'єктивність, що відкриває таємницю своєї «плоті» (своєї сексуальності) іншому (чоловікові – судді чи лікареві), – тому, хто слухає і судить жіночі заборонені і таємні фантазії, мрії і бажання. З іншого боку, жінка, яка зізнається, – це не тільки об'єкт влади, але і суб'єкт мови. Жіноча тілесна мова як мова визнання є тим полем сугестивних знаків, що відкриває шлях влади у такі сплетення волі, бажання і страждання, де, здавалося б, не може виникнути ніяка індивідуалізація. Більш того, якщо жінку примушують відмовитися від своєї мови і способу існування у світі, вона просто гине.

Для сучасної людини її тіло стає тією істотною умовою, яка багато у чому визначає професійну, соціальну і навіть особистісну успішність. Можна навіть сказати, що ставлення до тіла є сьогодні одним з аспектів соціальних поглядів на людину та її місце у суспільстві. Тому протягом останніх десятиріч відзначається постійне зростання попиту послуг, що відповідають потребі формуванні гарного і здорового тіла: спортивні зали, фітнес-клуби, салони краси, навіть пластична хірургія тощо.

У результаті психологічних досліджень встановлено, що у людини з вираженим прагненням змінити своє тіло вирішальні ролі грають зовсім не реальні тілесні параметри, а складна єдність сприйняття власного тіла і ставлення до нього. Чимало дослідників (Р. Бернс, Є.Т. Соколова, У. З. Мухіна, І.І. Чеснокова, І.З. Кон та інші) підкреслюють, що ставлення до свого тіла, його розмірів, форм, привабливості слугують найважливішим джерелом формування ставлення до власного Я [9; 11].

Першим психологом, у роботах якого зустрічається згадка і тлумачення «тілесного Я» у структурі психічного, був У. Джеймс [5].

Е.Т. Соколова провела аналіз теоретичних напрямів дослідження образу фізичного Я у психології, спираючись на рівневу класифікацію Р. Шонца, де «тілесне» постає як етап у розвитку самосвідомості дитини – становлення тілесної самоідентичності. Для дитини відправною точкою лідера в освоєнні навколишнього світу стає, передусім, її власне тіло [9; 11].

У рамках психоаналітичного підходу О.У. Лаврова у своїй концепції тілесності в інтегративній психотерапії визначає тілесне «Я» як суб'єкт, що активно виявляє себе у тілесному бутті, наділений здатністю отримувати чуттєвий досвід, замінюваний на образи і концепти, і можливість самовираження у тілесній експресії [8].

А.Ш. Тхостов у своїй монографії «Психологія тілесності» декларує психосоматичну єдність людини і розглядає «нормальну» тілесність і патологію тілесності [12].

За визначенням Д.А. Бескової, тілесність – феноменологічна реальність, що є поєднанням біопсихосоціальних аспектів тілесного буття суб'єкта у фізичному світі. На її думку, тілесність є феноменом сприйняття і самосвідомості, що формується у спільній діяльності [1; 2].

Відповідно до І.М. Биховської, тілесність передбачає відмінність трьох просторів: природного, соціального і культурного [3]. Т.С. Леві також розглядає тілесність у єдності онтогенетичного й індивідуального, соціокультурного та історичного розвитку, як «одухотворене тіло», що становить індивідуально-психологічний і значеннєвий компоненти унікальної людської істоти [9].

Сьогодні прийнято вважати, що тілесність недостатньо ідентична тілу, що вона «ширше» і «більше» тіла, і тілесно-метафорично висловлює психологічні проблеми людини. У той самий час, попри сучасний рівень знання тіла і психології людини, сама сутність тілесності досі недостатньо прояснена.

Тілесність виявилася «теоретично невидимою» для психології, не зважаючи на її очевидність. Декларуючи психосоматичну єдність людини, психологія працює переважно з явищами свідомості, вищої психічної діяльності, а тілесність залишається для неї чужою, натурально організованою і природно готовою до життя якістю. З дослідження процесу становлення людини – соціалізації і

опосередковування її функцій – випала одна з фундаментальних сторін: природна життєдіяльність самої людини, її тілесне буття. Це – освоєння соціалізованих форм здійснення тілесних функцій (їжі, пиття, сексуальної поведінки та іншого), і величезної області культурних способів переживання та вияву хворобливих тілесних розладів. Такий стан призводить до того, що «безтілесна» психологія випускає цілі пласти найважливішої реальності існування, зіштовхуючись із нею лише у формі «ущербності», викривленого розвитку чи патології, кризи довіри, безпорадності теоретичного розуміння і лікування розладів, патогенез яких знаходиться за межами фізіологічних змін. Разом із тим, психологія тілесності досі залишається не розробленою областю власне наукової психології, а сама тілесність сприймається як «нижча», архаїчна форма життєдіяльності, на яку не поширюються загальнопсихологічні закономірності розвитку та існування.

Ідею «культурного» тіла та його символічної природи неодноразово обговорювали філософ-антрополози (Е. Кассирер), мистецтвознавці (М. Бахтін, М. Волошин) [9; 12]. Проте принцип універсальної ролі символічного у культурі сам не дозволяє розкрити психологічний зміст культурних феноменів тілесності.

«Тілесність» – не синонім «тіла» у його фізичному розумінні.

Тілесність – феноменологічна реальність, що є поєднанням біопсихосоціальних аспектів тілесного буття суб'єкта у фізичному світі.

Поняття «тілесність» відрізняється від розуміння «образу тіла», хоча однозначно розвести ці терміни неможливо, бо у деяких випадках уявлення про «образ тіла» дуже близькі до поняття «тілесності».

Проте образ тіла є переважно феноменом сприйняття і пов'язаний, більшою мірою, зі структурою інтрапсихічного досвіду, відповідного ряду особистісних характеристик, ніж із особливостями власне тілесної реальності.

Тілесність також тотожна тілу-організму, біологічному субстрату і включає окрім психофізіологічних компонентів (що операціоналізуються у дослідженнях рефлексу, схеми тіла, пози, здібності тіла до руху і професійних дій), усвідомлювані і неусвідомлювані, чіткі чи невиразні образи, символи, уявлення, переживання.

Подібно до інших вищих психічних функцій тілесність вбудовується в єдиний хід психічного розвитку та набуває системної будови, має знаково-символічний характер, «культурну» форму, довільність функціонування.

РОЗДІЛ 3.

ВПЛИВ СОЦІАЛЬНОГО ФАКТОРУ НА ВИНИКНЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

***В. М. ПОПКОВ, Ю. В. ЧЕРНЕНКОВ, А. А. ПРОТОПОПОВ,
Е. С. ОЛЕНКО, А. И. КОДОЧИГОВА***

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

*(Bulletin of Medical Internet Conferences, 2011. Volume 1. Issue 7).
(ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского
Минздравсохранения России (Саратов, Россия))*

К решению проблемы взаимоотношения психического и соматического можно идти различными путями. Как полагает Б. Д. Карвасарский его ученики (1988, 2006), формирование симптомов при психосоматических болезнях зависит от следующих факторов:

- неосознанного внутри- или межличностного конфликта, неудовлетворения какой-либо потребности;
- свойств личности и темперамента;
- способов переработки эмоций, установления основных защитных механизмов;
- индивидуального опыта, условий жизни;
- вида и силы актуальной психотравмы.

Вероятно, в развитии психосоматозов играют роль и наследственные особенности, и перенесенные ранее заболевания, особенно с длительно сохраняющимися реакциями (Бурлачук Л. Ф., Коржова Е. Ю., 1998). В формировании и закреплении психосоматических расстройств всегда участвуют вегетативные нарушения (Крылов А. А., Крылова Г. С., 1998).

Для удовлетворения любой потребности должен возникнуть мотив (мысленный образ), который сможет влиять на поведение. Если мотив сталкивается с препятствием, возникает негативное эмоциональное состояние (фрустрация). Ситуация становится фрустрирующей, т.е. приобретает психотравмирующий характер,

если у человека появляются две несовместимые собственные тенденции (в этом случае конфликт становится внутрличностным, психологическим) (Ротенберг В. С., Аршавский В. В., 1984).

В настоящее время факторами, объединяющими различные психологические подходы к оценке значимых сторон невротогенеза и формирования психосоматозов, являются психическая травма, премоурбидные психологические особенности личности и ее базовые параметры – темперамент и характер (Менделевич В. Д., 1999). Однако ключевым моментом генезе психосоматических заболеваний является психическая травма с последующим формированием актуального конфликта (Тополянский В. Д., Струковская М. В., 1986; Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К., 1987; Александровский Ю. А., 2005; Alexander F., 1964).

Психосоматическая патология по своему физиологическому существу является адаптивным механизмом, в значительной мере компенсирующим социальную дезадаптацию (Косенков Н. И., 1997). По данным В. Д.Тополянского, М. В.Струковской (1982), 22% лиц с жалобами психосоматического характера занимают до 50% рабочего времени врача в общемедицинской сети.

Патогенность характерного для психосоматических заболеваний внутрличностного конфликта состоит в том, что он происходит на бессознательном уровне, не осознается, а значит, и не контролируется (Карвасарский Б. Д., 1982; 1990, 2008).

Роль психической травмы

Жизнь современного человека насыщена эмоциональными переживаниями, а его здоровье подвержено глубокому влиянию двух совершенно различных совокупностей факторов окружающей среды – физико-химического и микро-биологического фона и психосоциального окружения (Фолков Б., 2007). Снижение уровня жизни, ломка привычных стереотипов, непростое социально-экономическое положение в государстве – все это заставляет человека находиться в постоянном психическом напряжении, в состоянии стресса. Развитию психологического стресса также способствуют межличностные конфликты, обиды, чрезмерная ответственность, необходимость принимать решения и сильные переживания (Зараковский, Г. М., Медведев В. И., Казаков Е. К., 2007).

Исследования канадского физиолога Ганса Селье (1982) – автор

учения о стрессе – показали, что некоторая его часть может быть даже полезной. Она мобилизует организм и способствует лучшему приспособлению человека к изменяющимся условиям. В небольших дозах Г. Селье называет его «острой приправой к повседневной пище жизни». Но если стресс очень сильный и долго длится, то это перегружает адаптационные возможности организма и приводит к психологическим и физиологическим «поломкам». Физиологические «поломки» проявляются в виде заболеваний, называемых психосоматическими.

В научной литературе можно встретить более 60 определений и моделей стресса. Сущность учения о психологическом стрессе отражается в содержании его понятия. R. S. Lazarus, R. Launier (1978) определили психологический стресс как реакцию на особенности взаимодействия между личностью и окружающим миром. Это состояние в большей степени – продукт наших когнитивных процессов, образа мыслей и оценки ситуации, знания собственных возможностей (ресурсов). По данным В. Д. Менделевича (1999), под психической травмой (стрессом) понимают жизненное событие, затрагивающее важные стороны существования человека и приводящее к глубоким психологическим переживаниям. Стресс – это защитная реакция организма в ответ на внешний раздражитель, в результате которой организм приспособливается к изменившимся условиям.

С другой стороны, стресс является компенсирующей приспособительной реакцией: в кровь поступают гормоны и биологически активные вещества, которые помогают организму пережить психотравмирующую ситуацию (Александровский Ю. А., 2005; Тадевосян А., 2006).

Многолетние исследования по изучению механизмов развития висцеральной патологии при воздействии на человека экстремальных экологических и профессиональных факторов позволили сформулировать концепцию синдрома хронического адаптивного напряжения (Дударенко С. В., Шуленин С. Н., Новицкий А. А. и соавт., 2007). Феномен незавершенной адаптации возникает при невозможности адаптироваться к чрезвычайным для данного человека условиям, как геоклиматическим, так и микросоциальным. Состояние незавершенной адаптации не может длиться бесконечно, и при сбое в регуляторных механизмах наступает декомпенсация, проявляющаяся

клинической симптоматикой. Не смотря на соматический дискомфорт, психологическое состояние улучшается, болезнь приобретает самостоятельный смысл и является оправданием несоответствия условиям как на уровне организма, так и на уровне психики (Чухрова М. Г., Леутин В. П., 2007).

Наблюдаемый в мире рост числа психически травмированных людей приобретает характер глобальной эпидемии. Социальные потрясения, такие как войны, революции, межнациональные конфликты, террористические акты, охватывают большие группы населения. Травматическое событие, эмоциональный стресс, острый и хронический стресс, дистресс, сверхстресс, психогенный шок, критическое событие, посттравматическое стрессовое расстройство, психогения – и это еще не полный перечень терминов, определяющих последствия психической травмы. Психические и органические последствия этих стрессов полиморфны и известны как «психосоциальный стресс», вызывающий постстрессовое расстройство (Тадевосян А., 2006).

За относительно короткий период времени в нашей стране имели место крушение привычной системы ценностей, переход к стандартам капиталистического общества с его высокой мотивацией достижений, интенсификацией ритма жизни, модификацией семейных ценностей и социальной принадлежности людей (Погосова Г. В., 2004; 2007).

Специальные эпидемиологические исследования с использованием объективных методик показали, что в 90-е годы, по сравнению с 80-ми, у населения нашей страны наблюдалось нарастание уровня психосоциального стресса. Было установлено, что около 70% населения жило в условиях хронического психосоциального стресса высокого и среднего уровней (Копина О. С., Сулова С. Ф., Заикин Е. Р., 1996). Намечившаяся тенденция к социально-экономическому росту в Российской Федерации в последнее время не способствует стабилизации психосоциального напряжения населения во многом из-за новой системы ценностей (Левада Ю., 2005).

По результатам последних исследований, заболеваемость и смертность от болезней стрессогенной этиологии в РФ растут; есть основание считать, что процесс психофизиологической адаптации населения к новым условиям еще не закончился (Зараковский Г. М.,

Медведев В. И., Казакова Е. К., 2007).

В многочисленных отечественных и зарубежных исследованиях показано, что психосоциальное неблагополучие, стресс коррелирует с более высокими уровнями распространенности не только сердечно-сосудистых заболеваний, но и психогенных расстройств, в первую очередь расстройств депрессивного спектра – собственно депрессий, и ассоциированных с ними тревожных, истерических и невротических состояний (Оганов Р. Г., Ольбинская Л. И., Смулевич А. Б. и соавт., 2004).

Исследование отечественных ученых показало, что психоэмоциональный стресс является основным фактором риска развития артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца, язвенной болезни 12-перстной кишки, сахарного диабета II типа (Новикова А. И., Сидоров П. И., Соловьев А. Г., 2007).

На сегодняшний день общепризнана роль психоэмоционального стресса и психологических факторов в развитии и прогрессировании целого ряда заболеваний, в частности, сердечно-сосудистых, среди которых наиболее распространенной является артериальная гипертония (Копина О. С., Сулова С. Ф., Заикин Е. Р., 1996; Гаджиев А. Н., 2004; Погосова Г. В., 2007; Speieker L. E., Hurlimann D., Ruschitzka F. et. el., 2002). Кроме того, стрессовый фактор является самостоятельным фактором риска развития всех заболеваний, имеющих психосоматическую природу (Новикова И. А., Сидоров П. И., Соловьев А. Г., 2007).

Практика доказала, что психический стресс может вызвать расстройства здоровья любого типа:

- дезадаптацию;
- висцеральное расстройство;
- невротическое проявление;
- психиатрическую симптоматику;
- личностные расстройства.

Основным механизмом развития соматизированных расстройств после стресса является механизм самой стрессорной реакции, которая заканчивается на концевом органе. Концевым называют орган, в котором после его активации проявляются клинические признаки стрессового процесса. К концевым органам относятся сердечно-сосудистая система, желудочно-кишечный тракт, кожа, дыхательная

система. Стресс опосредованно, через нервные и гуморальные механизмы, возбуждает те органы и системы, активация которых необходима для общего адаптационного синдрома, реализующего реакции «боевая тревога» и «битва-бегство». Многие исследователи и клиницисты сердечно-сосудистую систему считают основным концевым органом стрессорной реакции. На втором месте по частоте находятся желудок и кишечный тракт, которые чаще всего реагируют на эмоции ярости и гнева (Тадевосян А., 2006). В настоящее время достоверно доказана взаимосвязь фактора длительного психического напряжения с формированием заболеваний желудочно-кишечного тракта, а также выявлена стадия предболезненных психических и соматических расстройств (Курпатов В. И., Титова В. В., 2007).

В ответ на длительное психологическое перенапряжение, высокую личностную и реактивную тревожность в организме возникает диссоциация тропных функций гипоталамо-гипофизарной системы, нарушение физиологических связей в системе гипоталамус-гипофиз-щитовидная железа, гипоталамус-гипофиз-надпочечники. Критерием адаптированности является оптимальная выработка ключевых ферментов основных видов обмена. Ценой адаптации служит повышение энергообразования, что приводит к активации системы свободнорадикального окисления липидов и развитию «оксидативного стресса». Последний является мощным фактором для повреждения большинства органов (Дударенко С. В., Шуленин С. Н., Новицкий А. А. и соавт., 2007).

Считается, что в условиях воздействия на человека психической травмы (стресса) возникает альтернатива: либо в связи со стрессоустойчивостью и под влиянием методов психологической защиты, человек остается психически и соматически здоровым, либо он заболевает неврозом или психосоматическим страданием (Менделевич В. Д., 1999).

Реакцией личности на стресс или фрустрацию могут быть, с одной стороны невротические симптомы, среди которых преобладают психологические и психопатологические проявления, с другой – психосоматические расстройства. Эти группы нарушений демонстрируют различные способы переработки внутриличностного конфликта – психического и соматического. Первый способ может проявляться как в условиях острого, так и хронического стресса; психосоматический же способ в большей степени связан с

хроническим воздействием фрустрации и стресса (Тополянский В. Д., Струковская М. В., 1986; Janca A., Issak M., Costa e Silva J. A., 1995). Влияние хронического стресса на формирование соматовисцеральной симптоматики было отмечено в работе Л. Е. Панина и В. П. Соколова (1981).

По мнению некоторых исследователей, альтернатива существует и внутри патогенетического пути: психосоматические заболевания возникают у тех, кто в силу особенностей личности не может позволить себе невротический тип реагирования, демонстрацию тревоги или страха, фиксацию на своих ощущениях (Ротенберг В. С., Аршавский В. В., 1984).

Актуальный конфликт, формирующийся на базе психической травмы (стресса), по мнению Н. Пезешкиана (1996), складывается из жизненных событий и микротравм, роль которых особенно выделяется этим автором. К последним относятся, к примеру, непунктуальность, нечистоплотность, несправедливость, непорядочность, «неверность» участника коммуникативного процесса. Подобные микротравмы, действуя ежедневно и монотонно, способны сформировать внутриличностный конфликт.

Большую роль в формировании психосоматической патологии играют не только психологическая травма, но и посттравматическое стрессовое расстройство, возникающее как затяжная реакция на стрессовое событие (Менделевич В. Д., 1997, 1999; Давыдов А. Т., Кешишев И. А., Загребельный И. А. и соавт., 2007).

Последующее переживание психической травмы в виде навязчивых воспоминаний (реминисценций), кошмарных сновидений, отчуждение от других людей, утрата интереса к жизни с формированием эндогенной депрессии и эмоциональная притупленность способствуют возникновению глубокого внутриличностного конфликта. Подобное психическое состояние нередко провоцирует аномальные формы поведения, желание отстраниться от реальности, уйти в мир фантазий и грез с помощью наркотических веществ и алкоголя (Березин Ф. Б., Мирошников М. П., 1996; Менделевич В. Д., 1999).

Человек, находящийся в гармоничных отношениях со своей средой, может перенести экстремальные органические и психические нагрузки безболезненно. Однако в жизни встречаются личностные проблемы, которые вызывают настолько тягостную фиксацию и

душевный разлад, что в определенных жизненных ситуациях приводят к формированию негативных эмоций и неуверенности в себе. Именно в сложных ситуациях психосоматически «отягощенные» пациенты, проявляющие эмоциональную подавленность, не могут правильно оценить и описать свое состояние (Малкина-Пых И. Г., 2003).

Таким образом, на первый план выступают не столько важность или интенсивность психотравмирующего воздействия, сколько повторяемость, однотипность и длительность микротравм (Пезешкиан Н., 1996). Ведущими механизмами этиопатогенеза психосоматических заболеваний признаются психосоциальные факторы, среди которых важную роль играют длительное психическое напряжение, интрапсихический невротический конфликт, а также острые психотравмирующие ситуации в сочетании с личностными особенностями субъекта (Тополянский В. Д., Струковская М. В., 1986; Карвасарский Б. Д., 1990; Гиндикин В. Я., 2000).

Роль личностного фактора

Значимая роль в формировании внутриличностных конфликтов принадлежит типам личности и их индивидуальной способности воспринимать широкий круг событий как фрустрирующий (Dunbar F., 1954). В англо-американской литературе разных лет описывались личностные профили, характерные для больных грудной жабой, гипертонией, бронхиальной астмой и др. общим итогом этих исследований явилось, скорее отрицание личностных структур, характерных для определенных заболеваний. Точнее, следует говорить об особенностях личности психосоматического больного вообще, рассматривая в качестве базисной характеристики наличие инфантильной личностной структуры, невротической жизненной позиции, поскольку соматическое выражение эмоциональных переживаний является инфантильной формой их выражения (Карвасарский Б. Д., 2002).

У лиц с различным типом личности разные особенности регуляции вегетативных функций, обеспечивающие эффективность адаптивных реакций и, как следствие, различный уровень и резерв здоровья (Солдатова О. Г., Савченков Ю. И., Шилов С. Н., 2007).

В работе Н. И. Косенкова (1997) показано, что у больных, страдающих язвенной болезнью желудка-кишечного тракта,

нейроциркуляторной дистонией, отмечаются некоторое снижение интеллекта, усиление паранойяльных черт личности, а также активизация тормозных процессов и истощение процессов возбуждения в центральной нервной системе, особенно в правом полушарии. В то же время при недостаточности правого полушария возникающие эмоциональные расстройства в большей мере сочетаются с висцеровегетативными нарушениями (Кришталь В. В., 2001). В структуре «расстройств адаптации» у психосоматических больных наблюдались тревога и высокий уровень ипохондрии (Давыдов А. Т., Кешишев И. А., Загребельный И. А. и соавт., 2007).

По данным некоторых исследователей, пациенты с психосоматическими заболеваниями и неврозами имеют общую личностную особенность – высокую эмотивность, определяющую чувствительность к психотравмирующим влияниям. При этом психосоматические пациенты имеют низкую дистимность, предполагающую наличие достаточного адаптационного механизма по преодолению аффективного напряжения тревожно-депрессивного спектра (Атаманов А. А., Буйков В. А., 2000).

Для больных с психосоматической патологией характерен широкий спектр фиксированных форм поведения – навязчивости, приверженности стереотипам, упрямства, педантизма, что свидетельствует о высокой степени неприятия требований объективной реальности (Косенков Н. И., 1997). Появляются «личные системы», регламенты и самоограничения, направленные на отсечение всего лишнего, мешающего поддержанию «социального лица» (Атаманов А. А., Буйков В. А., 2000).

Роли личностного фактора в развитии дисфункций соответствуют и психологические показатели, отражающие тенденцию к повышению уровня тревоги и снижению уровня агрессивности (Soukiassian S., Manassian A., 1999).

У больных психосоматической патологией большее значение приобретают нейротизм и интроверсия, что свидетельствует о состоянии реактивной тревоги или реактивной депрессии, приводящей к неадекватно сильным эмоциональным реакциям по отношению к вызывающим их ситуациям (Косенков Н. И., 1997).

Роль тревожно-депрессивных расстройств

Психосоматическое расстройство – есть способ «компенсации» патологического изменения биологической матрицы эмоций тревоги, проявляющимися психическими, вегетативными и органическими нарушениями (Анохин П. К., 1980). Тревога как один из наиболее интимных и облигатных механизмов психического стресса имеет важное адаптационное значение (Березин Ф. Б., 1988). Эмоциональная реакция, выражающаяся в форме тоски и постоянной тревоги, а также характерном ощущении страха, является связующим звеном между психологической и висцеральной сферами. Состояние тревоги выступает ведущим патогенетическим фактором при психосоматической патологии. При этом в фазе ремиссии заболевания состояние тревоги выражено более сильно, а в момент обострения – слабее (Косенков Н. И., 1997).

Особое внимание в механизмах формирования внутриличностных конфликтов отводится повышенной личностной тревожности как наиболее устойчивой характеристики личности, увеличению невротизации и депрессии (Менделевич В. Д., 1999).

Типичными симптомами тревожного состояния являются чувство постоянного беспокойства, нервозности, раздражительности, нетерпимости к обычным бытовым раздражителям. Однако на прием к врачу больные с тревожными расстройствами приходят не с перечисленными выше жалобами, а с массой органических жалоб. Тревожное расстройство практически всегда включает в себя адаптационные вегетативные симптомы, обусловленные активацией симпатической нервной системы и усилением свободнорадикального окисления липидов. Среди типичных вегетативных симптомов – сердцебиение, «перебои» в деятельности сердца, кардиалгии, неустойчивый уровень артериального давления, чувство жара или озноба, одышка, чувство «кома в горле», тремор, головная боль и головокружение, мышечные подергивания, парестезии, неустойчивый стул и др. Но не смотря на обилие жалоб даже при самом тщательном клинко-инструментальном обследовании у части пациентов не удается диагностировать какого-либо серьезного заболевания (Погосова Г. В., 2004).

Ослабление тревоги за счет приспособительных реакций (использование механизмов психологической защиты) сопровождается уменьшением активности перекисного окисления

липидов на фоне повышения функций антиоксидантной защиты (Михельсон В. А. с соавт., 1988; Маньков Ю. У., Крашутский В. В., 1989).

Существует мнение о том, что тревожные расстройства повышают риск последующего развития депрессии. При этом тревога и депрессия могут быть как коморбидными психическими нарушениями, так и находиться в рамках одной диагностической категории – «смешанного тревожно-депрессивного расстройства» по МКБ-10. Сочетание данных симптомокомплексов является скорее правилом, чем исключением, что подтверждается наличием сильной корреляционной связи между ними (Ковалев Ю. В., 2004; Ванчакова Н. П., 2007).

По данным А. А. Атаманова и В. А. Буйкова (2000), тревожное расстройство у психосоматических больных имеет свои клинические особенности. Наиболее яркими и сложными проявлениями тревоги у таких пациентов являются вегетативный, моторный и сенестопатический компоненты. Когнитивный компонент тревоги (сознательное переживание тревоги и способы борьбы с ней) слабо выражен или отсутствует. Тревожный аффект значительно упрощен, что проявляется подавлением тревожных побуждений к действию, высказыванию, аффективной разрядкой через смех, плач, гнев. Высказано предположение о специфичности симптомов тревожного расстройства при различных психосоматических заболеваниях.

В целом правомочность термина «психосоматическая тревога», его значение и содержание требуют дальнейшего уточнения. Клиническое выделение элементов психосоматического тревожного симптомокомплекса, вопросы типологии и систематики, патогенеза и терапии остаются предметом научной дискуссии и заслуживают пристального внимания и изучения (Атаманов А. А., Буйков В. А., 2000).

Проблема психосоматических соотношений остается одной из наиболее сложных проблем современной медицины, несмотря на то, что тесная взаимосвязь психического, соматического и органного компонентов замечена и изучается в течении многих веков, со времен Гиппократ и Аристотеля.

Ю. Ю. ЕЛИСЕЕВ

**ЭМОЦИИ ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ И
ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ, ИХ ВЛИЯНИЕ
НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА**

*(Психосоматические заболевания: Справочник / Под ред. докт.
мед. наук., проф., члена-корр. РАЕ и РЭА Ю. Ю. Елисеева. –
М., 2003. – 369 с.)*

Индивидуальность возникновения и выражения эмоций

Эмоции — это физиологические состояния, охватывающие самые разнообразные чувствования и переживания человека. Эмоции имеют ярко выраженную субъективную окраску; это индивидуальное отношение человека к повседневным событиям, явлениям, ощущениям, к разнообразным сигналам из внешнего мира и внутренней среды самого организма, падающим на кору больших полушарий головного мозга. Эмоции — постоянный спутник жизни человека. Многочисленные сигналы из внутренней среды организма, такие, как боль, сердцебиение, урчание в животе, мышечное напряжение, задержка стула, шум в ушах, воспринимаются с беспокойством, как ощущения неприятные.

Вкусное блюдо, съеденное с аппетитом, хороший сон, полное освобождение прямой кишки или мочевого пузыря от содержимого, наоборот, воспринимаются с удовлетворением, сопровождаются чувством удовольствия, успокоения.

С такими же субъективными оценками воспринимаются сигналы из внешнего мира: звуки, речь, зрительные образы и краски, явления природной и социальной среды. Похвала, радостное известие, удача, награждение, подарки в праздники всегда в радость.

Эмоции имеют непосредственное отношение к эстетике. Одно и

то же явление, событие, один и тот же предмет, произведение искусства у одних вызывают удовольствие, положительные эмоции, другим безразличны, на третьих действуют отрицательно, раздражают. Одним нравится классическая музыка, другим — современные ритмы. Одни, наблюдая футбольные матчи, бокс, выражают свое удовольствие выкриками, свистом; другими поведение болельщиков воспринимается болезненно, вызывает раздражение, возмущение.

Характер и степень чувствований, эмоциональное восприятие явлений, событий зависят как от типа высшей нервной деятельности, так и от образования и воспитания, влияния семьи, общества и традиций. Эмоции — не только повседневный спутник обычных житейских, служебных, культурных восприятий; без них не обходятся сложные процессы, научный поиск и творческая деятельность. Эмоции оказывают значительное влияние на здоровье человека, как отрицательное, так и положительное. Положительные эмоции не ведут к срыву высшей нервной деятельности, а, наоборот, способствуют укреплению здоровья, преодолению заболеваний.

Взаимосвязь отрицательных эмоций с психопатологическими состояниями организма

Сильные эмоциональные разряды, аффекты могут непосредственно вызывать невротические состояния. Но чаще всего, по-видимому, причинно-следственная связь при этом бывает более сложной. Вероятно, связь невротического состояния непосредственно с бурной эмоцией, с аффектом является последним звеном в цепи предшествовавших, менее сильных, менее заметных, подавляемых отрицательных эмоций, не прошедших бесследно. Следы отрицательных эмоций, повторных и длительных, накапливаясь и суммируясь в клетках головного мозга, достигают таких степеней, когда количественные изменения переходят в качественные, возникает срыв, невротическое состояние.

Бесспорным является факт, что любые эмоциональные состояния,

особенно длительные, затяжные отрицательные эмоции сопровождаются изменениями функциональных систем организма, в первую очередь сердечно-сосудистой системы, и неотделимы от них. Физиологические системы организма включаются автоматически, помимо воли человека. Это включение осуществляется как безусловный рефлекс, выработавшийся еще в доисторический период жизни человека. Он сходен с безусловными рефлексами животных.

Развитие безусловных реакций организма на эмоциональные факторы

Наиболее понятны происхождение и эволюция реакций сердечно-сосудистой и дыхательной систем на отрицательные эмоции. В начале пути своего развития и в первые тысячелетия истории человек был бессилён перед непонятными для него грозными явлениями природы, а также перед дикими животными, превосходящими его по силе, перед лучше вооруженным камнем или дубиной человеком, перед враждебно настроенной группой людей, перед всем тем, что представляло угрозу его здоровью и жизни. В такой ситуации единственный способ избежать опасности — спастись бегством. Бежать, чтобы не догнали, не настигли, укрыться в пещере, на дереве, в воде.

Бег — тяжелая мышечная работа, требующая, как хорошо известно, большого расхода кислорода, следовательно, повышенного кровоснабжения. Потребность в доставке большого количества кислорода к мышцам удовлетворяется усиленной функцией систем кровообращения и дыхания. Усиленная деятельность этих двух функциональных систем сопровождается учащением и углублением дыхания, сердцебиением, учащением сердечных сокращений.

В результате многократного повторения сочетания эмоций страха с усилением функции систем кровообращения и дыхания выработался условный рефлекс, впоследствии превратившийся в безусловный: одышка, учащение сердечных сокращений, сердцебиение как реакция на страх и ряд других отрицательных

эмоций. Эмоция страха сопровождается реакциями других функциональных систем: “медвежья болезнь”, позывы к мочеиспусканию, иногда непроизвольное мочеиспускание и многое другое. В процессе эволюции, исторического пути человека окружающая повседневная жизнь редко ставила перед нами такие условия, которые вынуждали нас спасаться бегством. Человек только в исключительных случаях, подвергаясь нападению дикого зверя, был вынужден бежать от опасности, чаще он защищался. Но рефлекс, который вырабатывался тысячелетиями, стал безусловным: при всякой опасности, при угрозе истинной или мнимой, при страхе перед неизвестным или ожидаемым автоматически включаются функциональные системы организма.

Функциональные изменения сердечно-сосудистой системы при воздействии стрессовых факторов

Реакция сердечно-сосудистой системы при эмоциях наиболее заметна, поэтому в легендах, песнях, пословицах мы находим ее отражение в образных сравнениях, определениях: “тоска сердце гложет”, “к сердцу подкатывает”, “сердце-вещун”. А что это означает для сердечно-сосудистой системы, показывает следующее. Сердце взрослого человека в спокойном состоянии работает со скоростью (в среднем) 70 сокращений в минуту. Иначе говоря, сердце 70 раз в минуту сокращается и столько же раз расслабляется (систола-диастола), следовательно, под воздействием поступающей в кровеносные сосуды крови артерии расширяются и сокращаются 70 раз в минуту, чтобы протолкнуть кровь по кровеносному руслу. В час это составляет 4200 сокращений сердца и артерий, в сутки — 100 800, в год — около 37 миллионов, за шестьдесят лет жизни — более двух миллиардов сокращений.

При мышечной работе, при повышенной температуре число сокращений увеличивается. Многие эмоции, иногда положительные, чаще же отрицательные, сопровождаются усилением, учащением сердечных и сосудистых сокращений до 100—120 и более в минуту. Чем больше эмоций, чем они чаще и продолжительнее, тем больше изнашивается сердечно-сосудистая система, тем больше создается

условий для развития атеросклероза, особенно если эмоции сопровождаются повышением кровяного давления в артериях.

Сердечно-сосудистая система — наиболее чувствительный прибор, своего рода сейсмограф, отражающий через подкорку, ее нервно-вегетативные узлы и вегетативную нервную систему наши чувствования и переживания. Ученые уже несколько десятков лет признают, что травматизация и эмоциональное перенапряжение сферы высшей нервной деятельности — главные причины гипертонической болезни.

Другие физиологические системы организма также не безучастны: они так или иначе, в большей или меньшей степени реагируют, отражают эмоции теми или иными функциональными расстройствами, кратковременными или долговременными. А повторные реакции в зависимости от их силы и продолжительности могут привести сначала к стойким функциональным нарушениям, а затем и к органическим изменениям в системе дыхания, пищеварения, мочевыделения, желез внутренней секреции.

Различают управляемые и неуправляемые вегетативные проявления эмоций. К управляемым относятся поведение человека, речь, мимика, дыхание, слезоотделение, к неуправляемым — деятельность сердечно-сосудистой системы, пищеварительных органов, мочевыделение, потоотделение. Следовательно, одними проявлениями мы можем управлять, а над другими проявлениями мы не властны, например сердцебиением, поносом или мочевыделением при волнении и испуге. Впрочем, как показали исследования последних лет, путем самотренировки, самовнушения можно управлять и деятельностью сердца.

Причины отрицательных эмоций

Источники отрицательных эмоций многочисленны и разнообразны. Одни из них неизбежны, неотвратимы, например смерть близких родственников, друзей; другие трудно предотвратить,

а иногда и предвидеть: народные бедствия, несчастные случаи, болезнь, неприятности семейные и служебные. Но существует много отрицательных эмоций, источником которых являются люди — их поведение и их поступки.

Часто производственные и бытовые шумы, служащие источниками отрицательных эмоций, производятся по вине людей. В повседневной жизни, в общении людей обиды, неприятности, горечь чаще всего вызываются словом. Могучая сила слова отражена народной мудростью в пословицах и поговорках. Обидеть можно не только словом, но и пренебрежительным молчанием. Душевные раны и обиды своим поведением часто наносят те, кто призван создавать хорошее настроение людям. Невнимательность и грубость продавцов, ссоры соседей по коммунальной квартире, различные административные проволочки служат постоянным источником отрицательных эмоций.

Довольно часто грубость, нетактичность, повышенный тон или ругань оправдывают необходимостью их в интересах дела или нервозностью (“нервы шалят”), характером работы. К сожалению, встречаются врачи, оправдывающие грубость, раздражительность и даже ругательства во время операций интересами дела — необходимостью точного выполнения всех распоряжений оперирующего медицинским персоналом.

Интересы дела, нервность не оправдывают невоспитанность, низкую культуру. Нередко действительно нервные, страдающие невротами люди умеют сдерживать себя, стараются не раздражать, не обижать других. А ведь, кажется, так немного нужно, чтобы устранить то, что устранимо: взаимопонимание, взаимоуважение, доброжелательность, вежливость. Проблема взаимоотношений между людьми отличается большой сложностью, и решение ее, то есть профилактика эмоциональных расстройств, — это дело не только медицинских работников, но и нравственного, эстетического воспитания.

Воспитанием занимаются все: родители, соседи, общество, все окружающие люди. Дело, однако, заключается в том, что масса воспитателей незнакома с основами психологии и педагогики. Следовательно, профилактика отрицательных эмоций, являющихся во многих случаях предшественниками неврозов, а затем органических заболеваний сердечно-сосудистой и других систем организма является задачей всеобщей, требует совместных усилий.

Необходимо учитывать, что организм человека, клетки больших полушарий головного мозга при определенных условиях способны выдержать большие перегрузки без особых последствий. На сегодняшний день убедительно доказано, что правильная организация труда, чередование процессов возбуждения и торможения, правильный психофизиологический режим обеспечивают нормальное функционирование центральной нервной и других систем организма. К срывам, к болезненному состоянию ведут беспорядочная работа, не соответствующая физиологическим темпам и ритмам организма человека, неправильное, беспорядочное чередование труда и отдыха, перегрузка, перенапряжение без необходимого отдыха. Профилактика невротических состояний как последствий отрицательных эмоций заключается в воспитании дисциплины труда и отдыха, в установлении рационального образа жизни.

Лицам, склонным к бурным реакциям, резким эмоциональным проявлениям (плачу, ругани, рукоприкладству, повышенному тону в разговоре), необходима самодисциплина, переключение на другие виды мышечной или психической деятельности. Переключаться можно на мышечную работу, музыку, чтение или что-либо другое.

Повторные затяжные отрицательные эмоции опасны, они могут вызвать патологические состояния — неврозы, психопатии, заболевания внутренних органов, поэтому с ними нужно бороться. Но бороться не столько применением наркотических и успокоительных средств, сколько другими путями, о которых здесь шла речь. И только в том случае, если это не удастся, необходимо обратиться к невропатологу или психиатру для проведения квалифицированного лечения.

Влияние настроения человека на возникновение и течение заболевания

Люди одного возраста и пола, одной профессии, иногда даже родные братья и сестры, отличаются характером, вкусами, привычками, поведением. Это зависит от типа высшей нервной деятельности. В повседневной жизни часто одно и то же явление, событие оценивается одним и тем же человеком неодинаково в зависимости от настроения. Нездоровится, неможется. Как это отражается на настроении, знает всякий, кто это испытал. А болезнь? В лучшем случае это неприятность, но нередко это несчастье, катастрофа, это расстроенные планы — служебные и семейные, на ближайшее или отдаленное время, это иногда гибель надежд, неосуществленные мечты. Обычно болезнь — это не только телесное страдание, но и страх перед будущим, неизвестным, может быть, тяжелым, неизбежным. Чем болезнь острее, неожиданнее, тем тяжелее она переносится. Чем более она таинственной, чем меньше человек о ней знает, тем более тяжелой и страшной она ему представляется.

Однако не все одинаково переносят болезни, не у всех одинаковые переживания, восприятия, отношение к болезни. Субъективный мир больного, его отношение к болезни, острота восприятия раздражений из внешнего мира и внутренней среды организма зависят от типа высшей нервной деятельности, темперамента, сложившегося в результате реализации наследственно обусловленных особенностей высшей нервной деятельности во внешней — как физической, так и социальной — среде.

И. П. Павлов, посвятивший несколько десятилетий изучению высшей нервной деятельности человека, так характеризует сплав прирожденных и приобретенных при жизни свойств характера, темперамента: “Образ поведения человека и животного обусловлен не только прирожденными свойствами нервной системы, но и теми влияниями, которые падали и постоянно падают на организм во время его индивидуального существования, то есть зависит от постоянного воспитания или обучения в самом широком смысле этих слов. И это

потому, что рядом с указанными выше свойствами нервной системы непрерывно выступает и важнейшее ее свойство — высочайшая пластичность. Следовательно, если дело идет о прирожденном типе нервной системы, то необходимо учитывать все те влияния, под которыми был со дня рождения и теперь находится данный организм”.

Итак, воспитание и обучение в самом широком смысле этих слов включает и воспитание отношения к здоровью, к болезни. В произведениях Тургенева, Толстого, Горького и многих других, особенно писателей-врачей — Чехова, Вересаева, можно найти многочисленные примеры отражения в художественной форме реальных переживаний больных и умирающих, отношения здоровых к болезни и смерти. Тонкие наблюдатели, психологи, “инженеры душ человеческих”, как их называют, писатели примечают и описывают многочисленные и многогранные черты характера и поведения, особенности психики больных — представителей разных сословий, классов, людей разного имущественного состояния и общественного положения.

К сожалению, в наше время система российского здравоохранения, отсутствие нормальной пропаганды гигиенических и медицинских знаний, зачастую недоступность дорогостоящей квалифицированной и специализированной медицинской помощи не обеспечивают должного отношения больных к своей болезни, к медицине и медицинским работникам. Субъективное восприятие болезненных ощущений, субъективная их оценка, связанные с болезнью тревога, заботы, беспокойство омрачаются заботой об изыскании средств на оплату лечения, на содержание семьи на время болезни, мыслями о возможности оказаться безработным. Поэтому отношение к болезни, поведение значительной части больных ухудшает течение и исход заболевания, вызывает беспокойство врачей. Существует восточный рассказ о враче, который, обращаясь к больному, говорит: “Нас трое: ты, болезнь и я. Если ты станешь на мою сторону, то мы вдвоем победим болезнь; если ты станешь на сторону болезни, то вы вдвоем осилите меня”. Мудрость этого рассуждения заключается в том, что настроение больного, его

надежда на успех лечения, вера в излечение являются прекрасными союзниками врача. Как трудно лечить больных, у кого подавленное настроение, мрачные мысли, неуверенность в благоприятном исходе болезни.

Многие больные являются союзниками врачей, помощниками медицинского персонала в деле преодоления недугов. Мало того, многие не перегружают лечебные учреждения в тех случаях, когда в этом нет необходимости. Но довольно часто встречаются лица, отношение которых к здоровью, болезни, медицине и врачам заслуживает, мягко выражаясь, порицания.

В первую очередь стоит сказать о тех, кто не интересуется вопросами медицины, спокойно относится к разного рода болевым ощущениям, к недомоганию и другим изменениям в организме. Они готовы дать объяснение этим изменениям, ссылаясь на сквозняк, прием неподходящей пищи, переутомление, недосыпание, легкую травму и так далее. Они не считают нужным обратиться к врачу по поводу таких “пустяков”, пытаются “отлежаться” дома или перенести болезнь “на ногах”.

И действительно — болезнь проходит или самостоятельно, или под действием примитивных домашних способов лечения. Но такие же ощущения, изменения в самочувствии могут быть и проявлением серьезного заболевания. И, если “пустяки” не проходят, они вынуждают обратиться за медицинской помощью. Но и в этом случае поведение таких больных бывает своеобразным: они доверяют медицине, врачам, но стараются доказать, что болезнь не заслуживает столь большого внимания, отказываются от детального обследования, от госпитализации. Если же попадают в больницу, то их там трудно удержать. Всякого рода манипуляции, сопровождающиеся болевыми ощущениями, например взятие крови из пальца, внутривенные вливания, подкожные инъекции и многое другое, вызывают у них панический страх, а когда врач пытается доказать необходимость этих манипуляций, больные настаивают на выписке. Считая здоровье только своей личной собственностью, они не могут согласиться с доводами врача о необходимости лечения.

Другие рассуждают примерно так. За последние десятилетия наука и техника шагнули далеко вперед, люди научились создавать сложные автоматы-станки, аппараты, автоматические поточные линии, строить воздушные лайнеры и летать в космос. А медицина за этот период не открыла способов излечения больных от рака, гипертонии, склероза. Этим скептиков не интересуют колоссальные успехи и достижения медицины. Они только знают, что медицина не всесильна, но ведь и в других областях науки не все решено и не все известно. Долгосрочные прогнозы погоды не всегда оправдываются, наука и техника еще не знают способов управлять погодой.

Скептики не догадываются о существовании науки бионики, изучающей возможности технического использования закономерностей и способов управления, получения, переработки и хранения информации, которыми обладают живые организмы. Они не хотят понять, что самый сложный станок, электронное устройство в какой-то мере копируют то, что создала природа на протяжении многомиллионной эволюции живых организмов. Они не задумываются над тем, что любую техническую деталь, практически любой узел машины можно в случае необходимости заменить точно такими же деталями, создаваемыми человеком. Для организма животного, человека запасные части практически не создаются и вряд ли когда-нибудь будут создаваться механическим путем. Некоторые отдельные органы могут заменяться неживыми протезами, в лучшем случае можно пересаживать донорские органы, но создавать по-настоящему новые живые “детали” человеческого тела наука пока еще не в силах.

Не доверяя медицине, врачам, скептики охотно используют для самолечения советы сослуживцев, знакомых и случайных спутников. Здесь в ходу не только лекарства, предложенные учеными, но и различные народные средства и предложения доморощенных “изобретателей”: разного рода смеси от рака, средства от туберкулеза, от гипертонической болезни и многое другое. Любители такого лечения охотно дают советы знакомым и малознакомым людям, в том числе и медицинским работникам, лишь бы их слушали.

Впрочем, стремление “оказать помощь ближнему” свойственно многим людям всех времен и народов. “Гомер и Платон говорили о египтянах, что все они врачи, и то же самое следовало бы сказать о всех народах: нет человека, который не знал бы какого-нибудь верного средства и который не рискнул бы испытать его на своем ближнем, если бы тот захотел ему поверить”, — писал М. Монтень.

Заслуживают внимания “знатоки” своего организма. Они обычно интересуются медициной, но познания их примитивны, почерпнуты из арсенала сплетен и анекдотов или в лучшем случае из передач на медицинские темы по радио. Многие больные данной категории “знают свой организм” иногда “лучше, чем врач”. “Врач знает мой организм по моему рассказу, я же сам чувствую, какие у меня неполадки”. Обратитесь к такому знатоку своего организма с просьбой починить испортившийся водопроводный кран, не говоря уже о стиральной машине или электрическом утюге, — он не только удивится, но может и обидеться: “Я не специалист!” Но в распознавании болезней и их лечении он считает себя большим специалистом, чем врач. По своей технической и медицинской неграмотности он верит в то, что организм человека проще механизма часов или автомата по продаже газированной воды.

Знатоки своего организма часто прибегают к самолечению и лечению по совету родных и знакомых, а если обращаются к врачу, то сами диктуют, что им нужно прописать. К каким трагическим последствиям могут привести примитивные медицинские познания, уверенность в знании своего организма, недоверие к медицине и медицинским работникам, иллюстрирует следующий пример.

Пожилой больной доставлен в клинику с тяжелым приступом желчно-каменной болезни. Приступы желчной колики были у него несколько раз раньше — разной продолжительности и интенсивности, но заканчивались благополучно. Приступ резких болей завершился и на этот раз, но остались тупые боли, слегка повышенная температура, подташнивание, отрыжка; наличествовали характерные симптомы воспаления желчного пузыря. Лечение продолжалось, но больной стал уже подумывать о том, как бы

“отметить” улучшение. Однажды поделился с соседом по палате: “В субботу жена принесет водки и голубцов. Выпьем за знакомство”. Сосед, перенесший инфаркт миокарда, не только отказался от такого способа знакомства, но стал упрекать того, предупреждая, что болезнь его еще не закончилась и он может себе навредить, что нужно выполнять советы врача. “Что же, по-твоему, я организм свой не знаю? Знаю. Голубцы я очень люблю, и вреда от них не будет, а водочка — хорошее лекарство от таких болезней, как у меня. Вот увидишь”.

Посмеялся знаток своего организма, выпил в свое удовольствие, “сколько душа приняла”, закусил любимыми голубцами. В ночь — тяжелейший приступ, обострение холецистита. Самые энергичные врачебные мероприятия оказались неэффективными: через несколько дней больной скончался. Такие последствия нарушений рекомендаций врача наблюдаются сравнительно редко. Чаще недисциплинированность больных, нарушения предписанного режима приводят к обострениям заболевания, к осложнениям, в результате чего болезнь и лечение затягиваются, а трудоспособность длительно не восстанавливается.

Особый интерес и большое беспокойство медицинских работников вызывают лица с тревожно-мнительным характером. Они проявляют большую заботу о своем здоровье, улавливают самые незначительные изменения в самочувствии, с тревогой анализируют неприятные ощущения. Если представители первой категории склонны всячески неприятные ощущения объяснять случайностью (что часто наблюдается), то лица, ревниво оберегающие здоровье, любое новое ощущение, любое изменение в самочувствии и своем состоянии готовы приписать какой-либо болезни, чаще всего “страшной”. У тех, кто перенес в прошлом болезнь, угрожавшую их жизни, или у свидетелей тяжелых длительных заболеваний близких родственников возникает и прогрессирует тревожно-мнительное состояние ожидания страшного, непоправимого, грозящего если не смертью, то тяжелой инвалидностью заболевания, связанного с необходимостью длительного лечения.

Склонность к постоянному анализу собственных ощущений иногда приводит к развитию особого состояния, носящего в медицине название ипохондрического синдрома. Это состояние характеризуется тем, что при наличии какого-либо заболевания мысль о неприятных ощущениях или признаках болезни принимает характер навязчивой идеи, становится постоянной темой разговоров. Не понимая, что они делают, такие лица при заболеваниях часто становятся союзниками болезни, затрудняя лечение ожиданием худшего, своим беспокойством о будущем, порой неверием в эффективность лечения.

Некоторые больные прибегают к чтению учебников, справочников для врачей, Большой медицинской энциклопедии. Не имея соответствующей подготовки, они толкуют прочитанное по-своему, превратно, извращенно, обычно преувеличивая значение изменений самочувствия, изменений в состоянии здоровья, приписывают себе самые опасные заболевания.

Нет необходимости доказывать, что поведение и рассуждения тех, кто надеется на “авось” (и так пройдет), скептиков и знатоков своего организма, а также лиц с тревожно-мнительным характером не только заслуживают осуждения, но и требуют от врачей особого внимания, необходимости применения и психотерапии, и научных разъяснений. Особую опасность представляют те, кто верит знахарям, экстрасенсам, да и просто знакомым, кто знает “верные” средства лечения.

Сведения, полученные из учебника, не только поверхностны, но часто извращены, а советы родных и знакомых, рекомендующих “проверенные”, надежные средства и лекарства, обычно невежественны. Вред может быть непосредственным в случае применения противопоказанного лечения. С другой стороны, неэффективное и необоснованное лечение часто ведет к переходу острого заболевания в хроническое, сопровождающееся осложнениями. Последнее особенно относится к злокачественным новообразованиям (опухолям).

Эмоциональная нестабильность и мнительность как причина заболеваний

Нельзя не согласиться с М. Монтенем, который писал: “Постоянно приходится видеть, как такие больные делают себе кровопускания, очищают желудок и пичкают себя лекарствами, стремясь исцелиться от воображаемой болезни. У такого больного камни иной раз возникают скорее в душе, чем в почках, своим воображением он предвосхищает боль и сам бежит ей навстречу, словно боясь, что ему не хватит времени страдать от нее, когда она действительно на него обрушится”.

Кто же страдает от воображаемых болезней и какие причины их порождают? Обязательным условием возникновения воображаемых болезней является эмоциональная неустойчивость, мнительность, впечатлительность, а потому внушаемость — свойство психики не только прирожденное, но и в большой степени приобретенное в процессе воспитания и обучения, о чем говорилось выше.

Мнимые болезни возникают легче при наличии способствующих факторов: нервно-психического перенапряжения, переутомления, бессонницы, нарушения режима поведения и питания. Значение способствующих факторов возрастает в условиях длительных, затяжных отрицательных эмоций в связи с семейными неурядицами, служебными неприятностями, тяжелой болезнью близких и связанным с нею уходом за больным.

Бессонные ночи у постели тяжелого больного, беспокойство о его судьбе, переживания в связи с его страданиями, нарушения режима питания ведут к возникновению таких явлений, как потеря аппетита, задержка стула, урчание в кишечнике или боли в желудке, слабость, головная боль и так далее. Анализ этих ощущений и сравнение их с тем, что было у больного и к чему это привело, наводят на мысль о возможности у них такой же болезни. В подобных условиях у впечатлительных и мнительных субъектов могут возникнуть такие формы воображаемых болезней, что избавить их от страданий

нередко бывает делом трудным и кропотливым.

Эмоционально неустойчивые лица обычно с жадностью прислушиваются ко всему, что говорят о болезнях и лечении медицинские работники, соседи, сослуживцы, знакомые, случайные собеседники. Они и сами принимают активное участие в обсуждении вопросов медицины, участвуют в сплетнях, пересудах, впитывают все, запоминают и готовы поделиться своими знаниями и слухами с любым, кто их слушает, в том числе с медицинскими работниками, охотно дают то разумные, то нелепые советы врачам-специалистам по тому или иному поводу, по применению тех или иных лекарств. Они не только прислушиваются, но и читают: читают научно-популярные издания, читают справочники и учебники для врачей, заглядывают в Большую медицинскую энциклопедию. Написанное для врачей им недоступно, а вред от чтения очевиден: среди симптомов самых “страшных” болезней они обязательно найдут что-нибудь сходное со своими ощущениями, достаточное, чтобы приписать себе какую-нибудь болезнь.

Павлов говорил, что слово для человека — “такой же реальный раздражитель, как и все остальные общие для него с животными, но вместе с тем и такой многообъемлющий, как никакие другие, не идущие в этом отношении ни в какое количественное и качественное сравнение с условными раздражителями животных”.

Медицинские работники не являются исключением: и среди них встречаются лица впечатлительные, мнительные, легко поддающиеся внушению. Особенно это заметно среди студентов-медиков. На каждом потоке в медицинском вузе находятся студенты, которые “заболевают” начиная с третьего курса хотя бы одной воображаемой болезнью. На третьем курсе это обычно ревмокардит или стенокардия, на последующих — туберкулез, рак, воспаление желчного пузыря и даже сифилис. Отдельные лица не расстаются со своими страхами и мнительностью и потом, будучи врачами.

Боязнь заболеть опасной, тяжелой, неизлечимой болезнью подчас

перерастает в своеобразную болезнь: мнительность, ожидание болезни в таких случаях принимают уродливую форму мании преследования, и благоразумные советы и разъяснения часто не имеют успеха.

Представляет интерес поведение мнительных субъектов при обнаружении у себя несуществующей, воображаемой болезни. Одни из них отказываются от детального обследования из-за боязни обнаружения тяжелой болезни. Они предпочитают переживать, волноваться и лечиться от несуществующей болезни, чем убедиться в ее отсутствии. Они грамотны в медицинском отношении настолько, насколько их знания помогают приписать себе самые тяжелые болезни и верить, что врачи скрывают от них истинное заболевание, действительно опасное для жизни.

Другие, наоборот, обнаружив небольшие изменения в самочувствии, заметив незначительные функциональные нарушения или болевые ощущения, пугающие их своей новизной и необычностью, готовы на любые обследования, чтобы, выявив причину, своевременно начать лечение. Такое поведение следовало бы считать правильным, к этому призывают и врачи — своевременно обращаться к врачу за помощью при появлении ранних симптомов болезни. Но иной раз при склонности к преувеличению или из-за ожидания серьезных последствий некоторые лица обращаются к врачам с самыми невероятными предположениями при обнаружении случайных и кратковременных неприятных или необычных ощущений. “Что-то во рту сохнет — не диабет ли”? “Под ложечкой ноет, отрыжка появилась — наверно, рак желудка”? “Доктор, а какие признаки рака печени? У меня иногда бывает горечь во рту. Это не рак печени”? “Пришла провериться — сердце стало беспокоить: нет-нет да и заколет. Уж не инфаркт ли”?

Влияние врача на возникновение психосоматических заболеваний

К сожалению, имеется немало врачей, которые, вместо того

чтобы квалифицированно разобраться в ощущениях и убедиться в необоснованности опасений, своим поведением, может быть и не желая этого, подкрепляют подозрения больных. Слово врача, неквалифицированно объясняющего тот или иной симптом, ошибки в диагнозе, случайно оброненная фраза самоуверенного, некритически относящегося к своим словам и поступкам медицинского работника могут служить причиной происхождения воображаемых, не существующих у пациента болезней.

Стоит привести несколько примеров. Немало встречается лиц, свыкшихся с ошибочным диагнозом ревмокардита или другого заболевания. Впоследствии с таким диагнозом трудно бывает расстаться, особенно если он предоставляет возможность злоупотребления: санаторно-курортное лечение, пользование больничным листом, прерывание беременности по медицинским показаниям. Возникают иной раз конфликтные ситуации, если авторитетное лечебное учреждение после тщательного обследования отвергает наличие заболевания, дающего право на пенсию по болезни: поступают жалобы, запросы, требования повторного обследования.

Довольно часто некоторые заболевают воображаемой стенокардией как по причине самовнушения, так и по причине ошибочных диагнозов. Молодая женщина тридцати лет стала ощущать колющие боли “в области сердца”. Ей было известно, что стенокардия характеризуется болью “в области сердца”. Обратилась к врачу, которая, вероятно, плохо знала, чем проявляется стенокардия, а потому заявила, что у женщины стенокардия, что она должна ограничить физическую нагрузку, ходить меньше, за пределы города не выезжать, иметь при себе валидол. Приговор врача произвел сильное впечатление. Как трудно было потом квалифицированному врачу, соблюдая соответствующий такт, подсказываемый врачебной этикой, убедить женщину в ошибочности диагноза и рекомендаций врача, не называя его невеждой.

Не всегда удается убедить некоторых пациентов в отсутствии у них стенокардии даже после тщательного клинического

обследования, иногда неоднократно: такие больные часто вызывают врачей скорой помощи, а последние иногда доставляют их (повторно) в больницы с подозрением на инфаркт миокарда. Направление лиц с воображаемыми болезнями на курорт лишь укрепляет их веру в существование болезни. Встречи, разговоры с больными соответствующего профиля часто приносят больным большой вред: впечатлительные, нервные больные находят новые подтверждения того, что они больны. Поэтому, когда врач убежден в отсутствии реальной болезни, когда он уверен, что эта болезнь — результат невроза, таких больных можно направлять лишь в общие нервно-соматические, а не специализированные санатории.

Гипертоническая болезнь также иногда является причиной неблагоразумного поведения больных. В результате неправильной ориентации больных, внушения им ложных представлений о течении и осложнениях гипертонической болезни больные становятся тяжелыми невротиками. В наше время наиболее частой воображаемой болезнью, кроме стенокардии и ревматизма, является рак разной локализации. Ракобоязнь принимает широкий размах, что не всегда идет на пользу больным. Тревожно-мнительный характер, необоснованные подозрения и предположения вместе с поведением врача, не умеющего рассеять тревогу и опасения пациентов, являются благодатной почвой для возникновения и развития неврозов.

С другой стороны, известно, что хронические соматические заболевания, такие, как гипертоническая болезнь, атеросклероз, хронические заболевания желудка, кишечника и почек, могут проявляться неврастеническими симптомами, такими, как немотивированная раздражительность, плохое настроение, беспокойный сон, иногда с устрашающими сновидениями, плаксивость, быстрая утомляемость.

Больные неврозами обычно красочно описывают свои ощущения, действительные и воображаемые. В нагромождении, в хаосе разнообразных сведений, сообщаемых больными, трудно разобраться, трудно понять, что в них достоверно, что менее вероятно или совсем маловероятно: часто больные склонны на основании сведений,

почерпнутых из справочников, к преувеличению (конечно, неосознанному) второстепенных симптомов, кажущихся им наиболее важными. Наоборот, иногда весьма существенные, имеющие большое диагностическое значение симптомы остаются неосвещенными, поскольку сами больные не придают им значения.

При наличии выраженных симптомов невроза врач может проглядеть соматическое заболевание, послужившее причиной невроза или более ярко выраженных проявлений уже имеющегося невроза. Требуются не только высокая квалификация и опыт врача, но и большое терпение, чтобы уловить в рассказе то, что существенно для диагностики, отмечая все излишнее, несущественное, как бы красочно оно ни описывалось. Диагностическая ошибка врача одинаково опасна для больных как в случае признания несуществующей болезни, так и в случае, когда не распознано действительное соматическое заболевание.

Главными методами лечения воображаемых болезней являются психотерапия и время, особенно последнее: проходит время, человек убеждается, что он не умер, не стал инвалидом и даже не слег в постель, и постепенно забывает, что совсем недавно он “страдал” — телесно и душевно — от тяжелой воображаемой болезни. Большое значение имеет и самовнушение. Для этого требуются твердый характер и сильная воля.

Віталій ШМАРГУН,

доктор психологічних наук, доцент Національного університету
біоресурсів і природокористування України

ПСИХОСОМАТИЧНА ГАРМОНІЗАЦІЯ РОЗВИТКУ ЛЮДИНИ

(Social-science@com.ua)

Взаємозв'язок біологічного й соціального, природного й духовного є провідним аспектом проблеми людини, її сутності та існування. Завдяки єдності біологічного й духовного у повсякденній діяльності людини створюється гармонія її сутнісних (тілесних і духовних) сил. Численні дослідження свідчать, що рухова і психічна сфери діяльності людини тісно пов'язані, взаєморегульовані. Відомо також, що розумова діяльність залежить від складу пізнавальних дій і від оперативних одиниць пам'яті, тобто від взаємодії перцептивних, мнемічних і мисленневих актів. Однак на сьогодні змістовий бік сенсорно – перцептивних, сенсомоторних, психомоторних характеристик як комплексу психосоматичних особливостей людини вивчений психологічною наукою недостатньо, і не розкриває в повній мірі сутність взаєморегуляції «психічного» і «соматичного».

Аналіз останніх досліджень і публікацій Сучасні аспекти предметного сприймання дійсності, взаєморегуляції психічного і соматичного ґрунтуються на запропонованій П. К. Анохіним теорії функціональних систем. Вчений підкреслював, що функціональна система – це сукупність елементів необов'язково безпосередньо взаємодіючих між собою, але взаємсприяючих досягненню загального результату. Така інтегральна діяльність головного мозку дає можливість судити про поведінку людини, як про результат активної і цілеспрямованої взаємодії цілісного організму з середовищем.

Ця теорія розкриває внутрішню архітектуру системної

організації психічної діяльності людини. Вона формується на основі внутрішніх потреб чи дій спеціальних зовнішніх умовних подразників і включає наступні послідовно змінюючи одна одну стадії: аферентного синтезу, прийняття рішення, передбачення потрібного результату (акцептор результату дії), еферентний синтез, багатокomпонентну дію і постійну оцінку акцептором результатів дії за допомогою зворотної аферентації.

Теорія функціональних систем дозволила встановити роль окремих стадій системної організації психічної діяльності в механізмах образного відображення мозком дійсності. П. К. Анохіним було введено поняття «інформаційний еквівалент дійсності» і вперше сформульовано уявлення, що мозок людини відображає дійсність на основі інформаційних еквівалентів. Він писав: «передача інформації в живих і технічних об'єктах зазвичай відбувається з виключно великою кількістю специфічних ланок, однак вона підкоряється одному важливому закону: між початковою і кінцевою ланкою цієї передачі повинна бути точна і адекватна інформаційна еквівалентність (курсив П. К. Анохіна). Інформація породжується співвідношенням фізіологічних процесів, що відбуваються як у середині функціональних систем, так і між ними. У функціональних системах первинною причиною, що породжує інформацію, є різні потреби організму як відхилення різних параметрів внутрішнього і зовнішнього середовища організму від оптимального для метаболізму рівня життєдіяльності.

Подібні погляди розвивалися Л. М. Веккером. Виходячи з інформаційно-енергетичної єдності пізнавальних психічних процесів, він розглядав останні як інформаційні, а інформацію – як відтворення множиною станів її носія просторово – часової упорядкованості множини станів її джерела, що діє на носій.

Виходячи з того, що функціональна система забезпечення рухової діяльності є найбільш ранньою в філо- і онтогенезі, вона виступає як інтегратор, активатор всієї психічної діяльності. Центральний апарат побудови рухів, або, як його назвав І. П. Павлов, «руховий аналізатор», за висловом О. Р. Лурії, «...є найбільш складним і

найбільш загальним з усіх механізмів аналізу і синтезу». На широку екстраполяцію рухового аналізатора в діяльності головного мозку вказують і численні новітні дослідження (в їх числі і наші особисті), у яких відмічається, що динамічні характеристики рухових операцій відображають роботу цілого ряду мозкових структур. Крім, власне, моторних систем, керуючих відповідними руховими функціями, вони тісно пов'язані і з діяльністю неспецифічних механізмів різних рівнів і відділів кори великих півкуль.

Психіка – це не всі фізіологічні процеси нервової системи і мозку, а лише один їх специфічний клас, який несе специфічну функцію відображення й регуляції поведінки і діяльності. Другий клас процесів складають обмінні, трофічні і енергетичні процеси в нервовій системі й окремих нервових клітинах. Але вони не можуть бути психічними за визначенням. Попри це, нервові процеси обох класів у конкретних актах відображення діють спільно та одночасно, оскільки психічні процеси не можуть здійснюватися без відповідного трофіко – енергетичного забезпечення. Відбувається своєрідне підкріплення, підсилення за рахунок активованих ділянок кори великих півкуль. Отже, функціональна система психічної регуляції обов'язково включає в себе фізіологічну підсистему енергетичного і трофіко – метаболічного забезпечення її психічної діяльності. Багатьма дослідженнями доведено, що чим більш складні функції з аналізу й синтезу сигналів виконує кора великих півкуль, тим на більш високому рівні активації фізіологічної підсистеми протікає її робота.

Сигналами інформаційних відносин у різних функціональних системах організму служать емоції. Вони виступають у якості пеленгів внутрішніх потреб і дій чинників зовнішнього середовища. За допомогою їх оцінюється суб'єктивне відношення різних фізіологічних систем в організмі. Саме емоції характеризують відношення суб'єкта до себе, внутрішнім потребам, навколишнім живим істотам і неживим предметам. Емоції віддзеркалюють предмети і події довкілля в їх відношенні до актуальних потреб суб'єкта. У цьому і проявляється інформаційний сенс підкріплення. Емоції також проявляються в мимовільних та довільних моторних

діях. Будь-яка емоція – це моторна відповідь, підкріплення від моторних еферентних імпульсів.

Мета статті полягає в тому, щоб показати існуючі прогалини в теорії та практиці урахування психосоматичних особливостей у психічному розвитку дітей, що має важливе значення для створення психологічно обґрунтованої системи шкільного навчання та виховання, для оздоровчого процесу з дітьми, для процесу підготовки фахівців з педагогіки, психології та фізичного виховання для роботи з дітьми в загальноосвітній школі.

У практичному плані на сьогодні психологи все більше вбачають у педагогічних умовах дитячого розвитку його внутрішній ресурс. Так само як і педагоги перестали розглядати школяра як фон чи чинник освітньої роботи, а намагаються зробити його головним об'єктом докладання своїх зусиль. Фізіологи також, перейшли від опису життєвих відправлень дитини та стали приділяти більше уваги розумінню законів будови найскладніших функціональних систем, які, своєю чергою, управляються на рівні вищих щаблів людської поведінки. Вони усвідомили, що у людини – функція творить структуру (орган), а не навпаки. Водночас, відомчі, вузько медичні і вузько методичні підходи щодо визначення стратегії побудови оздоровчої роботи з дітьми не відповідають наявним масштабам і складності її завдань.

Визріла гостра необхідність гуманітаризації всієї проблематики психофізичного здоров'я сучасного школяра. Багатолітній досвід психолого-педагогічної коригувальної роботи з дітьми молодшого шкільного і підліткового віку, теоретичне узагальнення та експериментальне розв'язання наукової проблеми вікових та індивідуальних психосоматичних особливостей у розумовому розвитку дітей, розкриття механізмів впливу сенсорно-перцептивних, сенсомоторних, когнітивно-стильових, нейродинамічних, нейропсихологічних якостей як комплексу психосоматичних особливостей індивіда засвідчує, що останні виступають як ланка при переході від образного відчуття і сприймання до думки, мислення. Було обґрунтовано новий підхід до проблеми психосоматичного, де за

своїм предметним змістом психосоматика норми має становити самостійний напрям психологічної науки – вивчення психосоматичних проявів людини в «нормі».

Необхідність нового напрямку досліджень має особливе значення для педагогічної та вікової психології, оскільки відкриває можливості для використання психосоматичних феноменів нормативного розвитку у навчанні і вихованні. Введене нами поняття «психосоматика норми» розширило поняття «психосоматика» за рахунок доповнення його змісту психосоматичними особливостями нормального розвитку. Здійснено теоретико-емпіричне узагальнення ролі кінестетичного чинника як інтегратора психічної діяльності, де сенсомоторика представляє психофізіологічні механізми чуттєвого пізнання в структурі індивіда і сприяє формуванню провідних пізнавальних процесів у дітей.

Цей досвід вказує на необхідність створення на гуманітарно-антропологічній базі міждисциплінарних способів аналізу і проектування джерел дитячого розвитку в нормі і патології. Мається на увазі не просто ігнорування підходів що склалися, а саме перетворення їх у складі принципово нового синтезу наукового знання і соціальних практик (практик проектного типу). У процесі цього має бути окреслений комплекс ефективних лікувально-профілактичних заходів, створена система надійних засобів психолого-педагогічного супроводу психофізичного розвитку протягом всього шкільного дитинства. Здоров'я і заснована на ньому життєва цілісність організму мають стати точкою докладання зусиль не лише медиків, але педагогів і психологів, тобто стати предметом проектування, а не просто впливу на наявний стан.

Гуманітарно-антропологічний підхід передбачає розгляд органічних процесів і цілеспрямований вплив на їх перебіг з позиції специфічних «вищих», історично розвинених форм людської життєдіяльності, включаючи її суб'єктивну й особистісну форми. Єдність природи, що творить і створеної, так само як і єдність психічного і соматичного, що визначається нею – не данина, а феномен, який перебуває в своєму становленні. І для дослідника, і для

самого тілесного суб'єкта вона – не наявний «медичний факт», а якраз задача, проблема. Способом рішення психосоматичної проблеми у повсякденному житті виступає «живий», одушевлений, усвідомлений, виразний рух дитини. Найвищими критеріями і регуляторами такого руху є універсальні цінності людської культури – істина, добро, краса. Тут вони отримують цілком конкретне втілення. Наприклад, загальним показником стану фізичного здоров'я є не сама по собі рухливість людського тіла, а здібність людини відчувати «м'язеву радість» і заряджати нею іншу людину в формі естетичного переживання.

Розвиток такої здібності – не додаткове «надзавдання», а пряма і безпосередня задача виховання здорової людини. Здоров'я (як і нездоров'я) – це одночасно умова, спосіб і результат взаємовідношення психічного і соматичного, яке реалізує, значною мірою вибудовує сама людина, а вибудовуючи, надає йому конструктивну чи, навпаки, деструктивну форму. Основними рисами такої розвиваючої педагогіки оздоровлення є:

а) центральне питання полягає в уявленні про розвиток психофізичного потенціалу як основної людської цінності;

б) здоров'я розглядається в якості атрибута не організму, а особистості;

в) оздоровлення розуміється не як сукупність оздоровчо – профілактичних заходів, а як форма розвитку, розширення і збагачення психофізіологічних можливостей дітей;

г) критерій основного результату оздоровчо-розвивальної роботи полягає в тому, що ефект окремої оздоровчої процедури закріплюється у вигляді стійкого, цілісного психосоматичного стану, який у подальшому може відтворюватися в режимі саморозвитку.

Такий педагогічний процес сприяє сприйняттю дітьми рухової

діяльності як особливої, надзвичайної дійсності, як специфічної культури, де тіло і тілесні рухи стають для дітей особливим об'єктом проектування, перетворення, пізнання й оцінки. У процесі формування у школярів такого відношення до рухової діяльності відбувається розвиток творчої уяви, який здійснюється різнобічними засобами спеціально організованих рухово-ігрових занять. Створювані силою дитячої уяви образи дійсності «матеріалізуються», втілюються в психосоматичні стани дитини, починають впливати на їх динаміку, сприяють коригуванню функціональних систем дитячого організму. Становлення такої психосоматичної цілісності, психосоматичної саморегуляції особистості школяра може розглядатися як ефект розвиваючого навчання.

Основними напрямками такого навчання мають бути:

1. Розвиток творчої уяви. Ця уява забезпечує одушевлення, одухотворення дитячих рухів, розвиток і усвідомлення їх виразності, довільності – робить рухи дійсно керованими. В існуючій системі фізичного виховання ці моменти якраз і пропускаються. Дитячі рухи ще не встигли пройти необхідний процес розвитку, а їх уже намагаються форсовано автоматизувати через «моторний тренаж». При цьому імпліцитно припускається, що перераховані необхідні характеристики руху первісно надані йому, тоді як в дійсності їх ще необхідно сформулювати. Тобто, завдання розвитку уяви в русі та рухової уяви у процесі такого виховання не ставляться взагалі. Разом з тим рухи, позбавлені вказаних характеристик, не можуть бути джерелом психосоматичного розвитку та ефективним засобом оздоровлення. Отже, основним критерієм для визначення оцінки діяльності та наявних змін у навчально-виховних системах має бути рівень психофізичного розвитку учня.

2. Формування усвідомленої моторики. У процесі занять фізичними вправами з'являються можливості не тільки для пізнання особливостей психічної та фізичної діяльності дітей, але й визначення ефективних напрямів впливу на психічний і фізичний розвиток у їх взаємозв'язку. Мається на увазі, що внаслідок розвитку та вдосконалення моторних функцій можна впливати на процеси

загального психічного розвитку. Розвиток та вдосконалення психічних процесів, пов'язаних з усвідомленням рухових завдань, раціональним плануванням рухових дій, аналізом та корекцією виконання, власною оцінкою дій та вербалізацією рухового досвіду, обумовлює формування інтелектуального компонента рухових дій дітей. Така пізнавальна діяльність, що спрямована на особисті рухи та фізичні якості і можливості, сприяє формуванню у дітей вміння самоудосконалюватися в процесі усвідомленої рухової діяльності.

Коригувальний вплив занять може визначатися й тим, що в процесі їх особлива увага звертається на усвідомлення дітьми рухових вправ, яке пов'язане з системою знань та уявлень про вимоги, умови і засоби досягнення результату. Це те, що організує дію, визначає технологію діяльності. З метою формування такої усвідомленості в процесі занять звертається увага на поєднання кінестетичних, зорових, слухових, тактильних відчуттів із знаннями про рухову діяльність. У дітей формується розуміння причинно-наслідкових зв'язків між такими характеристиками рухів, як напрямок, швидкість, амплітуда, темп, ритм, м'язева напруга і результатами дії. Це все виступає як інтегральний системотвірний чинник, що об'єднує та вдосконалює змістові та техніко-оперативні компоненти рухових дій. Як наслідок усвідомленості сенсу та рухових характеристик дій, оцінки їх ефективності – долається властиве дітям механічне, неусвідомлене виконання фізичних вправ.

3. Створення і закріплення цілісного позитивного психосоматичного стану при виконанні різних видів рухової діяльності.

Удосконалення тілесних функцій усе частіше пов'язують із гуманістичними антропними (що замикаються на особистості) технологіями. У своїй роботі ми розглядаємо рух не тільки як виконавчий акт, але й як звернення до іншої людини, включаючи ті випадки, коли тим «іншим» для себе виступає той хто звертається. Саме тому, говорячи про «виразну» ходьбу, «виразний» біг тощо ми маємо на увазі не лише зовнішню експресивність руху, а, насамперед, його функцію каналу передачі глибоко особистого, потаємного та

загальнозначущого смислу ближньому.

Ми сприймаємо тіло людини та його рухову активність як засіб впливу на інших, як інструмент персоналізації (потреба бути особистістю) особистості. Тобто, фізичний компонент людини включається в ідеальний світ культури й мистецтва, у систему суб'єкт-суб'єктивних відносин. Суб'єкт – суб'єктивні відносини, що формуються на основі рухової діяльності, розширюють простір існування особистості індивіда, сприяють його соціалізації. Тут як ніде проявляється основна роль іншого в розвитку глибинних структур свідомості й самосвідомості людини. У тілесних проявах індивіда концентрується його внутрішній стан, його суб'єктність. Виходячи з цього, не дивлячись на різну природу суб'єктивності (ідеальну) й рухової дії (матеріальну), можна говорити про їх ідентичність, про те, що вони володіють якістю ідентичної суб'єктності.

Отже, рухові дії виступають як ядро суб'єкт-суб'єктивних відносин, як основа відносин між суб'єктами рухової діяльності. Ця якість рухових дій створює умови для трансляції суб'єктивності іншому і в силу цього здатна породжувати сильні афекти (переживання й почуття) іншого (наприклад, великих груп людей на спортивних змаганнях тощо). Таким чином, суб'єкт – суб'єктивні відносини в цьому сенсі розглядаються як такі, що об'єктивно переживаються й мають певну міру усвідомлення взаємозв'язку між тими, хто продукує дію, й тими, хто її спостерігає, споглядає.

Для вирішення зазначених у статті проблем необхідно покращити підготовку фахівців у психолого-педагогічній галузі знань. Випускники педагогічних університетів повинні вміти працювати не тільки зі здоровими дітьми, але й тими, хто має відхилення в стані психофізичного здоров'я. Майбутні педагоги мають мати поглиблені знання щодо морфо-функціональних та психічних особливостей і можливостей школярів як за нормального розвитку, так і з відхиленнями зокрема, розуміння можливостей педагогічного впливу, його спрямованості, а звідси – поглиблену психолого-педагогічну підготовку.

Запропоноване розуміння психосоматичної гармонізації відкриває ясні перспективи її подальшого вивчення. Це мають бути, передусім, дослідження, спрямовані на детальне пояснення джерел і механізмів включення в роботу функціональних систем психіки різних активуючих, неспецифічних структур мозку і міра їх участі у вирішенні різних сенсорних, перцептивних, мисленнєвих задач.

М. А. ЛАТЫШЕВА

кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии и практической психологии Крымского гуманитарного факультета Национального педагогического университета им. М. П. Драгоманова

**ПРОБЛЕМА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ: ПОДХОДЫ
И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

*(Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія № 12.
Психологічні науки: Збірник наукових праць. - К.:
НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. –№ 36 (60). – С. 357-362)*

Положение о единстве соматического и психического, о их взаимовлиянии друг на друга является общепризнанным. Более 100 лет в рамках психосоматического подхода осуществляется изучение психического фактора в происхождении заболеваний. А за последние сорок лет проведено значительное количество научно-исследовательских работ, освещающих влияние соматических болезней на психику. Однако, с сожалением приходится констатировать неуклонный рост психосоматических расстройств среди населения, и, что еще более неутешительно, среди детей. При этом в сознании людей понятие «психосоматика» так прочно оказалось связано с областью патологии, что увидеть психосоматические проявления в норме оказывается почти невозможным. На языке научной психологии это означает, что по сути, несмотря на выраженный междисциплинарный характер феноменологии психосоматики, ее (психосоматики) предметное поле, преимущественно представлено в медицинском плане.

В ряде работ авторами было акцентировано внимание на суженности предмета исследования в данной области, что привело к пересмотру традиционного содержания термина «психосоматика», наметилась тенденция системного изучения развития телесности в онтогенезе. В частности, В. В. Николаевой и Г. А. Ариной было предложено новое понимание телесных процессов человека как знаково-опосредствованных, развитие которых сопряжено с его физическим и психическим развитием. Так стало

возможным описать процесс формирования телесности при нормальном развитии человека, и, собственно, разтождествить психосоматический феномен и психосоматический симптом.

Однако, рассмотрение психосоматического онтогенеза с позиций культурно-исторической концепции не снимает проблему выделения психосоматических феноменов нормы, а также проблему их эмпирического исследования, а, наоборот, делает их ключевыми. Сложность заключена в том, что большинство психосоматических явлений человека (например, вестибулярные, проприоцептивные, интрацептивные ощущения) уже на ранних этапах онтогенеза приобретают особые свойства — «невидимость», «прозрачность». При выраженной значимости в осуществлении жизнедеятельности субъекта информации, исходящей «изнутри организма», в состоянии практического здоровья психосоматические явления субъектом, как правило, не воспринимаются, растворяясь в общем информационном потоке. Кроме того, как взрослые, так и дети испытывают трудности при описании телесных феноменов.

Таким образом, проблема заключается в том, что, несмотря на повсеместное проявление психосоматической реальности в жизни человека, а не только в момент ее нарушения, на большую эффективность коррекции психосоматических нарушений до сих пор в психологической литературе более-менее четко не описаны феноменология нормального онтогенеза, психодиагностический и психокоррекционный инструментарий для исследования и формирования психосоматических феноменов на этапе детства.

Подходы к проблеме психосоматического развития в психологии

В научной литературе проблема психосоматического развития рассматривается, но непрямо, во-первых, в контексте изучения психологических детерминант, обуславливающих появление психосоматических симптомов (Ф. Александер, И. Бернгейм, Ч. Боулби, А. Дамбар, П. Жане, П. Марти, М. Малер, З. Фрейд, М. Фэн и др). Во-вторых, в связи с объяснением формирования перцепции, различных уровней сознания и самосознания субъекта, личности в целом (Е. Ю. Артемьева, В. А. Барабанщиков, М. М. Бахтин, В. Н. Бехтерев, М. Босс, Л. С. Выготский,

А. В. Запорожец, Ж. Лакан, А. Н. Леонтьев, Т. С. Леви, А. В. Нарышкин, А. Ю. Рождественский, М. И. Сеченов, С. Д. Смирнов, А. П. Стеценко). Эмпирические психологические исследования телесных феноменов в детском возрасте крайне немногочисленны. В частности, это исследования Г. А. Ариной, Н. А. Коваленко, М. А. Латышевой, О. Г. Мотовилина, А. Ю. Рождественского.

Анализ вышеперчисленных трудов позволил увидеть основные положения для изучения психосоматической линии развития на этапе детства. Так, З. Фрейд утверждал, что причины различного рода расстройств человека коренятся в его детстве, а проблема телесных ощущений представлена в контексте культурной травмы субъекта. При этом термином «конверсия» автор очерчивает представление о том, что в процессе развития субъекта телесные явления преобразуются в культурные, приобретают знаковую опосредованность, символичность.

В исследованиях французских психосоматических психоаналитиков (П. Марти, М. Фэна) подчеркивается роль контекста жизненной ситуации пациента, семейной истории, делается акцент на необходимости семиотического анализа его истории.

Важным шагом в понимании формирования и функционирования телесных феноменов стали исследования американских и английских психоаналитиков, посвященные отношениям матери и младенца. Особое значение имеет тот факт, что отношения матери и младенца есть отношения симбиоза, которые существуют на доязыковом, досимволическом уровне. Иными словами, совместные переживания в диаде «мать-ребенок» очень рано начинают определять реальность субъекта, в первую очередь телесную. При этом телесные феномены могут быть опосредованы как вербальными, так и невербальными средствами общения.

Как хорошо видно, в рамках телесно-ориентированного направления терапевтический процесс нацелен на ломку усвоенных человеком поведенческих и культурных эталонов или стереотипов относительно телесного пространства, т.е. усвоенных на этапе детства. В этой связи становится очевидным - гармоничное телесное пространство человека необходимо формировать на всех этапах

детства.

Безусловно, картина нашего теоретического анализа будет неполной, если оставить в стороне работы общетеоретического характера, посвященные формированию уровней сознания, деятельности субъекта, развертывающегося в социальном пространстве. Особое место здесь занимает теория Ж. Лакана. Отметим, что автор стремится избежать дихотомии при рассмотрении человеческой сущности и выделяет три реальности: природу, общество и культуру. При этом культура занимает приоритетную позицию, хотя и сводится Ж. Лаканом исключительно к языку. Языком задается некоторый контекст, проявляющий собственно человека как говорящего через букву бытия. Второй важнейший момент касается формирования телесности субъекта, его Я – это «стадия зеркала». «...целостная форма тела, этот мираж, в котором субъект предвосхищает созревание своих возможностей, дается ему лишь в качестве Gestalta, т. е. с внешней стороны». Действительно ребенок начинает «собирать» свое Я только через фрагменты своего тела объективируемого матерью. Следует отметить, образ целостного тела, запечатленный в зеркале и в теле слова (в значении, курсив мой), становится апофеозом обретения ребенком собственной телесности и субъектности. И в тоже время началом бесконечного движения к обретению подлинного себя: «В языке я идентифицирую себя, но лишь для того, чтобы затеряться в нем как объект». Так, в нахождении внутренних и внешних границ своего тела субъект все более четко дифференцирует границу Я-Мир. При этом можно сказать, что на символическом уровне роль зеркала выполняет мать. Ибо уже «на стадии *infans*» мать обеспечивает ребенку установление «связей между организмом и его реальностью», его функционирование как субъекта. Отметим, что вышеизложенные представления согласуются с рядом положений культурно-исторической концепции, понятием Образа мира в отечественной психологии.

В этой связи процесс становления механизмов психологической регуляции телесных функций, действий и феноменов становится более понятен при анализе работ В. П. Зинченко, А. А. Леонтьева, А. Н. Леонтьева, В. В. Петухова С. Д. Смирнова А. П. Стеценко и др. В частности, введенное А. Н. Леонтьевым понятие Образ мира

сыграло существенную роль в понимании психического отражения, в целом, а также становления когнитивной и личностной сфер человека, механизмов, реализующих перцептивный процесс. Система значений и личностных смыслов, как составляющие образа мира четко зафиксировали отличительную особенность человеческого бытия. А именно, – субъект строит свои отношения с реальностью не прямо, на натуральной почве, а опосредовано, на основе схем, фантомов. Таким образом, принципиальным становится то, какие схемы, когнитивные карты, перцепты будут «заложены» в сознание человека.

Как известно, их закладка осуществляется именно в детском возрасте. Так, А. П. Стеценко указывает, что «изначальная наделенность мира значениями и смыслами организует чувственные впечатления, обеспечивает постижение ребенком физических закономерностей окружающей реальности, например, за счет прогрессирующей дифференциации сенсорных модальностей». Способ описания мира определяет и способ деяния в этом мире, а значит и самотворчество формирующейся личности. При этом важная роль отводится автором отношениям ребенка и взрослого. Необходимой первоосновой для взаимодействия с миром становятся усваиваемые ребенком в постнатальном периоде, в процессе общения с матерью «системы чувственных мерок для анализа окружающего и упорядочивания своего опыта».

Данное положение развивается и С. Д. Смирновым. Согласно взгляду автора, ребенок изначально существует лишь в системе «ребенок-мать». «При этом образ мира матери...постепенно (но лишь частично) переходит в образ мира ребенка на основе общения и совместной деятельности». К подобному заключению приходят и другие психологи, отмечая, что в диаде «мать-ребенок» телесные ощущения и действия «...оказываются изначально вписанными в психологическую систему «образа мира». В процессе общения мать наполняет смыслом и значением телесные ощущения и движения ребенка; передает свое отношение к нему. Так, посредством актуально функционирующего организма, ребенку открывается его потенциальная телесность и начинает существовать в его сознании: «...организм и мир встречаются <...> в знаке». Согласно Г. А. Готовой, семиозис реальной жизни человеческого

дитя интенсивно переходит в семиозис анализаторно-отражательного уровня. Иными словами над чувственной и биодинамической тканью ребенка надстраиваются коннотативные значения матери, вследствие чего и обретают категоризацию телесные феномены, движения, функции.

А. В. Нарышкин полагает, что процесс развития системы образа мира тесно связан с развитием организма, становлением телесности. «В раннем детстве наиболее важным в функционировании амодальных блоков образа мира является, конечно, обеспечение овладением пространственной кинематикой как собственного тела (для амодального блока образа Я), так и окружающего предметного мира (для амодального блока образа внешнего мира)». Иными словами, бытийный слой сознания (включающий чувственную ткань и биодинамическую ткань движения и действия) представляет собой «первичный бульон», ту основу, из которой естественно возникают значения и смыслы (рефлексивный слой); дорабатывается и перестраивается система образа мира субъекта. Отметим, что благодаря бытийному слою, мы и можем наблюдать текучесть, целостность, пристрастность ментального уровня сознания человека, что «сознание есть не только знание, но и отношение»

Как отмечалось, сама возможность системного изучения развития телесности в онтогенезе намечена в работах А. Ш. Тхостова, В. В. Николаевой, Г. А. Ариной. В частности, В. В. Николаева и А. Г. Арина справедливо указывают: «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...не ограниченный только ростом организма...». Сформулированные авторами методологические принципы психологии телесности позволяют выделять психологические механизмы формирования психосоматических феноменов, а также структурировать варианты их дизонтогенеза. Среди психосоматических явлений описаны 3 группы: когнитивные (образ тела, образ боли (который необходим в норме!), самочувствие), поведенческие (телесные действия и навыки), эмоциональные (переживания, обусловленные функционированием телесности, отношение к ней). Важно, что, прежде чем мы

столкнемся собственно с психосоматическим расстройством у ребенка есть возможность зафиксировать ряд вариантов отклонения, а именно - отставание в социализации телесных функций, регресс в психосоматическом развитии, искажение психосоматического развития. В частности, исследования, уже проведенные в этом направлении существенно расширили представление о варианте искажения и о роли социальной ситуации развития в формировании представлений о теле у детей (А. Г. Арина, О. Г. Мотовилин, М. А. Латышева). Так, на примере особенностей субъективного интрацептивного словаря детей препубертатного и подросткового возраста, воспитывающихся в разных условиях, наглядно показаны различия в уровне развития их телесного опыта. Тем не менее, еще открытым остается список самих психосоматических феноменов, детальное представление о психологических механизмах, определяющих динамику формирования телесности на ранних возрастных этапах, какую роль в этом процессе выполняют различные социальные институты, СМИ или сверстники.

Трудности возникают и при выборе способов диагностики телесных явлений у детей. Известно, до подросткового возраста дети слабо различают телесные и психические феномены, соединяя их с эмоционально нагруженной ситуацией. Отметим, что факторы эмоциональной природы остаются важным звеном в регуляции телесного опыта и физического самочувствия также и на протяжении подросткового возраста. А значит, большинство детей испытывают сложности при описании психосоматических феноменов. При этом чаще всего для изучения телесного опыта у взрослых и подростков применяют различные модификации метода классификации (например, методика «Классификация ощущений» (А. Ш. Тхостов, О. В. Ефремова), _____ метод изучения функциональных психосоматических симптомов (Г. А. Арина, И. А. Виноградова), методика «Классификация дескрипторов соматических ощущений» (Г. А. Арина), что предполагает сформированность системы значений для описания психосоматических явлений.

Как показывает анализ существующих подходов, в настоящее время более адекватным для описания структуры телесного опыта ребенка является методический аппарат психологии субъективной семантики, в котором используются наименьшее количество

знаковых опосредствований и наиболее гибкие знаковые системы. Отметим, что психосемантические методики носят преимущественно невербальный характер. Подобная специфика стимульного материала позволяет минимизировать вероятность социально желательных ответов, проявления стратегии самопрезентации; объективировать трудно вербализуемые уровни телесного опыта и отношений ребенка в системе невербальных коннотативных значений. Исходя из вышеизложенного, очевидно, что психосемантический инструментарий является наиболее адекватным для решения поставленной задачи.

Ирина СИМОНЕНКО

Кандидат психологических наук,
доцент кафедры общей и клинической психологии
Курского Государственного Медицинского Университета.
г. Курск, Россия

КАЧЕСТВО ПРИВЯЗАННОСТИ РЕБЕНКА К МАТЕРИ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

УДК:159.922.736:364.266

(<http://www.centerdoverie.ru/index.php?view=article&id=57>)

В современной науке, изучающей человека все более заметны тенденции в сторону интеграции различных сфер познания в единую целостную картину, описывающую свой предмет изучения. Медицинская наука, развивающаяся на протяжении достаточно продолжительного времени диалог о границах психосоматики, все более приближается к целостному психосоматическому взгляду на человека, в рамках которого, уже не столько очерчивается круг психосоматических расстройств, сколько изучается соотношение и характер взаимовлияния психологического и соматического здоровья человека. Этот взгляд, с нашей точки зрения, еще более адекватен при изучении ребенка, в силу его слабой дифференциации психического и соматического. И хотя в современной медицинской психологии выработано достаточное количество теорий и практических технологий психологической помощи детям с психосоматическими расстройствами, в практическом здравоохранении только начинает появляться система такой помощи. На фоне растущего количества числа заболеваемости и снижения возраста манифестации психосоматических расстройств, настоящая тема является одной из актуальных как для современной науки, так и для практического здравоохранения.

В результате многолетних исследований подверженности детей и подростков заболеваниям, роли психологических и социальных

вредностей в возникновении, провоцировании, формировании клинических проявлений, течения и исхода психосоматических расстройств, а также особенностей личности этих больных, их реакций на болезнь, жизненных ситуаций, возникающих в связи с заболеваниями, были сформулированы концепции о механизмах развития психосоматических расстройств. К психосоматической медицине относятся работы Ф. Александера, В. Бройтигама, В. Д. Менделевича, Б. Д. Карвасарского, С. А. Кулакова, Д. Н. Исаева и многих других. Интегрируются существующие теории и рассматриваются психологические особенности, взаимосвязанные с возникновением того или иного заболеваний на разных периодах жизни.

Анализ психосоматического симптома, как результата нарушения отношений в диаде мать-ребенок, ранее всего рассматривался в теории объектных отношений (М. Кляйн, Р. Фейрберн, Д. В. Винникот, О. Ф. Кернберг), многими авторами отмечается влияние детско-родительских отношений на развитие психосоматических нарушений у детей и подростков (Э. Г. Эйдемиллер Д. Н. Исаев, Ю. Ф. Антропов, Ю. С. Шевченко, М. П. Билецкая). Теория привязанности, активно развивающаяся как в теоретической, так и в практической современной психологии, экспериментально подтверждает влияние ранних эмоциональных связей в первичной диаде на многие аспекты развития личности ребенка и подростка. (П. Криттенден, К. Х. Бриш, Р. Ж. Мухаммедрахимов и др.) Однако ее «вклад» в развитие психосоматической симптоматики в отечественной психологии нуждается в дальнейшем осмыслении.

Более чем десятилетние исследования психологических факторов психосоматических расстройств у детей, ведущиеся на кафедре общей и клинической психологии КГМУ, позволили сформулировать теоретические положения и экспериментальные обоснования, которые и будут представлены в настоящей статье, ранней привязанности как фактора развития психосоматических расстройств у детей.

Основной целью нашего исследования является изучение привязанности как фактора развития психосоматических расстройств у детей.

Задачи исследования:

1. Теоретически обосновать влияние качества привязанности на развитие психосоматических расстройств у детей;
2. Изучить взаимосвязь качества привязанности с наличием психосоматических расстройств у детей;
3. Исследование особенностей взаимосвязи качества привязанности и наличия психосоматического расстройства у детей на различных возрастных периодах.

Понятие привязанности в психологию ввел Д. Боулби. В своих работах он исследовал феноменологию привязанности, ее развитие у различных видов живых систем, в том числе и у человека. Кроме этого он объяснил механизм формирования эмоционально – положительного отношения ребенка к матери. «Привязанность – это подвид эмоциональной связи, в которой чувство безопасности человека связано с отношениями» (Д. Боулби, 2003, с. 482). М. Эйнсворт в своих работах указывала на существование различных типов привязанности, описывающих различное её качество, а именно: надежный, тревожно – избегающий, симбиотический или амбивалентный. Позже исследователи выделили еще один вид ненадежной привязанности, и назвали его дезорганизованным. Согласно взглядам Д. Боулби, М. Эйнсворт, М. И. Лисиной, А. Реана, качество эмоциональной связи с матерью оказывает одно из определяющих значений на развитие чувства безопасности, доверия, способности к сепарации ребенка, которые поддерживают все дальнейшие аспекты психического развития. Привязанность базируется на внутреннем неосознаваемом опыте ребенка эмоциональной связи с матерью, дающей ощущение близости, безопасности, надежности отношений.

Осмысливая современные теоретические и экспериментальные работы по привязанности, мы можем выделить некоторые положения

тесно связанные с уже описанными психологическими механизмами развития психосоматических расстройств.

Первое из них опирается на сам процесс развития привязанности и её связь с эмоциональным научением ребенка. Способность матери в достаточном количестве и чутко откликаться на потребности ребенка лежит в основе формирования надежной эмоциональной связи. Успешное замыкание кольца удовлетворения потребности ребенка связано со способностью матери прийти к «оптимальному диапазону стимуляции», «с достаточной чувствительностью соотнося такие параметры как степень возбуждения и количество вариаций с уровнем возбуждения младенца в этот момент». Такое качество стимуляции матери лежит в основе развивающейся тенденции психики младенца, упорядочивать мир постоянно находя инварианты. Это упорядочивание касается и внутреннего аффективного мира младенца. Таким образом, надежная привязанность влияет на способность ребенка различать качество телесных ощущений и эмоций в своем внутреннем мире и распознавать эмоциональные состояния партнера по коммуникации. Нарушение процесса формирования надежной привязанности препятствует выше описанному эмоциональному научению, формируя алекситимию, классически рассматриваемую в современной психологии как риск развития психосоматических нарушений. Настоящий вывод был подтвержден нашими исследованиями детей воспитывающихся в детских домах и имеющих нарушения привязанности. Все они с высокой долей вероятности отличались от детей, воспитывающихся в семье по уровню развития социальных переживаний, представлений об эмоциях, способности отражать эмоциональные эталоны противоположных модальностей. Мы также можем найти подобные описания развития личности детей сирот в работах А. М. Прихожан, А. М. Толстых.

Второе положение, описывающее механизм развития психосоматических расстройств у детей с нарушениями привязанности звучит следующим образом: качество привязанности взаимосвязано со способностью детей адаптироваться к новым

социальным условиям, у детей с ненадежной привязанностью существует повышенный риск реагировать соматически на трудности при вхождении в новую социальную среду.

«Привязанность – это набор видов поведения младенца, мотивационная система, отношения между матерью и младенцем, теоретический конструкт и субъективный опыт младенца в форме «рабочей модели» (Д. Н. Стерн, 2006, с. 39), которая разворачивается в новых социальных контактах ребенка, и влияет на процесс вхождения в новые социальные среды. Наши исследования (М. А. Василенко, 2011; И. А. Симоненко, 2011) подтверждают эту взаимосвязь при адаптации детей к детскому саду и школе. Причем в более раннем возрасте она особенно очевидна, однако и при вхождении ребенка в школьную среду влияние качества привязанности остается значимым. В рамках этих исследований мы наблюдали 2-3х летних детей в первый год адаптации к детскому саду. Дети с ненадежной привязанностью болели значимо чаще детей с надежной связью с матерью. Так, А. С. Кулаков пишет «психосоматическим расстройствам нередко предшествуют нарушения психологической адаптации, которые выявляются за несколько лет до появления симптомов и могут служить их запускающим механизмом» (А. С. Кулаков, 2005). С нашей точки зрения, нарушения привязанности свидетельствуют о нарушении психологической адаптации ребенка к первой его социальной среде в первичной диаде. Исследования показывают, что и на эти нарушения младенцы реагируют соматической симптоматикой (И. А. Симоненко, 2012), и одновременно они ведут к трудностям в последующих психологических адаптациях. Таким образом, нарушение привязанности является фактором риска развития психосоматических расстройств у детей в процессе адаптации к новым социальным средам.

Третье положение описывает нейробиологический механизм взаимосвязи качества привязанности и стрессоустойчивости личности.. Современные исследования описывающие влияние раннего контакта и развивающейся привязанности на особенности нейробиологических процессов в головном мозге ребенка

показывают, что отношения матери и младенца не только определяют уровень стресса, в котором находится младенец, но и надолго формируют пластичную часть гена ребенка, которая на длительное время определяет характер реагирования (прежде всего на социальные стимулы) на нейробиологическом уровне (И. Бауэр, 2009; Дж. Боулби, 2003). «Исследования Майка Мини показывают, что люди, у которых пережит в раннем возрасте опыт недостатка внимания и связей породил повышенную готовность к проявлению страха и стресса, чаще других страдают от стресса (И. Бауэр, 2009, с. 41). Опыт надежной привязанности в раннем детстве является фактором защиты в виде повышенной стрессоустойчивости, готовности и «настроенности генов» даже при незначительной положительной стимуляции к выработке нейромедиатора окситоцина, который не только способствует возникновению и укреплению привязанности и доверия в новых социальных связях, но и «обеспечивает физическое и психическое расслабление, снижает кровяное давление, подавляет центры страха и способна (эта маленькая молекула) успокаивать системы биологического стресса» (И. Бауэр, 2009, с. 33). Доверие и надежность в ранней привязанности связаны со способностью человека переносить стресс.

Подытоживая вышеизложенные положения мы можем сказать, что качество привязанности, влияя на уровень стрессоустойчивости, алекситимии и способности к социальной адаптации является фактором развития психосоматических нарушений у детей.

Перейдем к описанию экспериментальных исследований, подтверждающих наши теоретические выводы. На некоторые из них мы лишь сошлемся, в связи с тем, что они были ранее опубликованы (М. А. Василенко, 2011; И. А. Симоненко, 2011; 2012). Изучая ранний контакт матери и младенца, мы установили, что существуют различные типы контакта матери и младенца 3-4 месяцев. В складывающейся эмоциональной связи на изучаемом возрастном этапе мы можем выделить паттерны взаимодействия в диаде, развивающиеся по типу надежной, тревожно-избегающей и амбивалентной привязанности. У детей с неблагоприятным контактом в диаде мать-ребенок 3-4 месяцев наблюдаются сомато –

вегетативные реакции в виде психосоматических расстройств – прежде всего системы пищеварения. Наиболее частым является младенческая колика. В исследовании привязанности детей 2-3 и 4-5 лет мы выявили связь изучаемого явления со способностью детей адаптироваться к новым социальным условиям, и склонность детей с ненадежной привязанностью реагировать соматически на трудности при вхождении в новую социальную среду.

Представим исследования целью которого стало изучение взаимосвязи качества привязанности в диаде мать–ребенок с наличием психосоматического расстройства у детей (на примере расстройств желудочно – кишечного тракта).

Гипотезой нашего исследования стало предположение о том, что нарушение привязанности взаимосвязано с наличием психосоматического заболевания у детей.

В исследовании приняло участие 50 детей в возрасте 7-10 лет, которые были единственными детьми в полных семьях. Выборка состояла из детей, находящихся на стационарном лечении в областной детской клинической больнице г. Курска, в отделении №2 (гастроэнтерологии и кардиологии), а также здоровых детей, посещающих МОУ «Средняя общеобразовательная школа №22». В экспериментальную группу вошли 27 детей с психосоматической патологией желудочно-кишечного тракта (хронический гастродуоденит ХГД, язвенная болезнь желудка ЯБЖ), в контрольную группу 23 здоровых ребенка того же возраста.

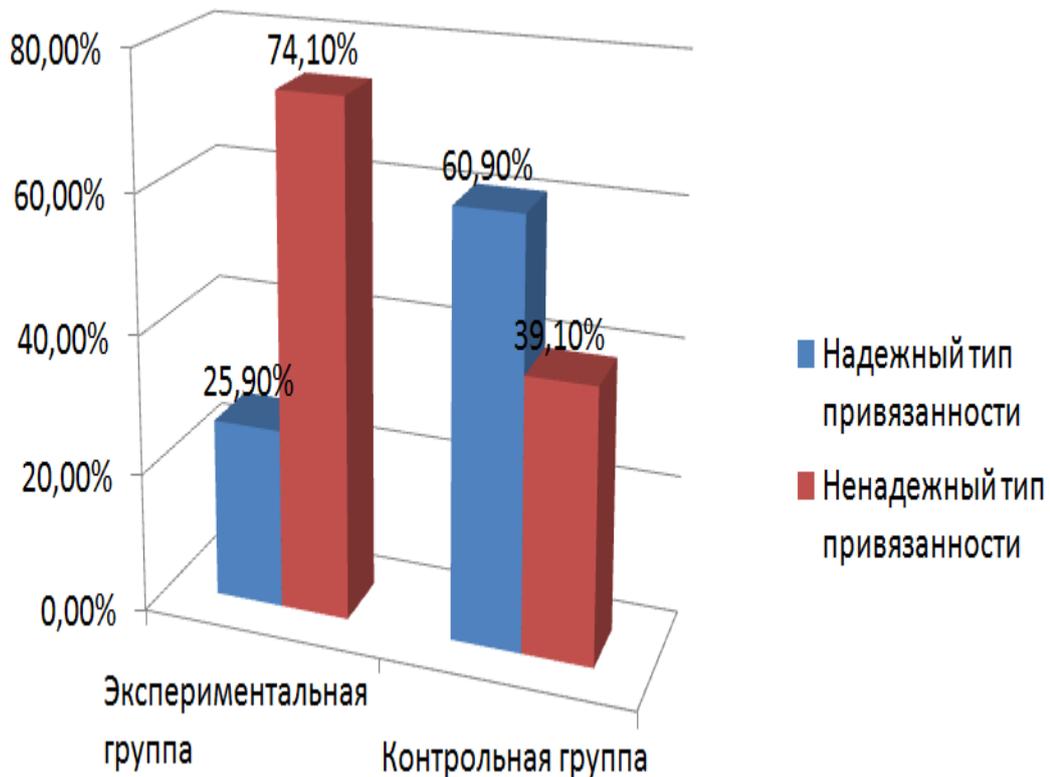
В психодиагностический пакет исследования вошли: шкала К.Кернс на определение надежности привязанности ребенка к родителям. Настоящая шкала разработана с целью оценивания привязанности детей к матери, субъективного восприятия надежности и защищенности в своих взаимоотношениях с ней. Методика Рене Жилия и цветовой тест отношений (ЦТО), как дополнительные методики диагностирующие наиболее значимые взаимоотношения у детей.

В качестве методов статистической обработки мы использовали U-критерий Манна-Уитни, H критерий Крускала – Уоллиса и критерий Фишера. Расчеты проводились с помощью статистического пакета STATISTICA 8.0, с использованием критерия Kruskal — Wallis ANOVA , а также описательных статистик (мода, медиана, стандартное отклонение).

Перейдем к обсуждению результатов исследования.

В связи с возможностями методики по диагностике качества привязанности всю выборку испытуемых мы смогли разделить на группу детей с надежной и ненадежной привязанностью. Сравнение контрольной и экспериментальной группы по распространенности изучаемого феномена представлены в гистограмме №1. Анализ частоты встречаемости надежной и ненадежной привязанности среди групп здоровых младших школьников и детей с психосоматическим заболеванием с помощью ϕ^* -критерия Фишера показал, что различия по типу привязанности у больных и здоровых младших школьников присутствует на уровне достоверных различий ($p=0,01$).

Гистограмма №1. Частота встречаемости надежной и ненадежной привязанности в экспериментальной и контрольной группах детей по методике К.Кернс.



Поскольку привязанность онтогенетически является более ранним образованием, мы предполагаем, что качество ее надежности является фактором, влияющим на развитие психосоматических расстройств у детей. Наши предположения подтверждаются и в дополнительных исследованиях характера наиболее значимых отношений у детей экспериментальной и контрольной группы.

Для оценки системы значимых отношений с помощью ЦТО нами были выбраны основные значимые лица (мама, папа, друг), а также сам ребенок. Помимо этого мы планировали исследовать отношения к базовым чувствам (радость, грусть, злость, страх, интерес).

Сравнивая различия в экспериментальной и контрольной группах по критерию U Манна-Уитни, можно отметить наличие достоверных различий в показателе уровня тревожности в отношении матери у больных и здоровых детей ($p=0,0001$). Это говорит о том, что психосоматическое расстройство взаимосвязано с наличием тревоги в отношениях с матерью. Хроническое наличие тревоги в отношениях с самым близким для ребенка человеком, быстро дезорганизует и

истощает ресурсы организма, что может стать благоприятной почвой для развития заболевания. В отношении отца подобных различий у больных и здоровых младших школьников получено не было.

Таблица № 2.

Средние значения уровня тревожности в системе значимых отношений (по ЦТО)

	U	p-level	Minimum	Maximum	Экспериментальная группа	Контрольная группа
Мама	116,5	0,0001*	1,0000	12,0000	6,7666	3,8809
Папа	296,5	0,7562	0,0000	10,0000	3,3647	3,0412
Друг	253	0,2483	1,0000	11,0000	4,3248	3,5645
Я	197	0,025*	0,0000	12,0000	6,1232	4,8827
Радость	263,5	0,3417	1,0000	8,0000	3,6300	3,9236
Злость	199	0,027*	2,0000	11,0000	7,6000	6,2400
Страх	180	0,0101*	4,0000	11,0000	9,2400	7,7600
Интерес	294,5	0,7269	0,0000	11,0000	3,7634	4,0400
Грусть	236	0,1377	0,0000	11,0000	7,8135	6,4227

* уровень различия, достигший достоверного уровня значимости

Данные таблицы №2 показывают, что значимые различия по уровню тревоги в контрольной и экспериментальной группах присутствуют в отношении матери, себя ($p=0,025$), чувств страха ($p=0,0101$) и злости ($p=0,027$). Что также подтверждается ранее проведенными исследованиями (Василенко, другие по самооценке) и теоретическими положениями в которых нарушения первичной привязанности связывается с чувствами страха и агрессии и а также нарушением самооценки у детей.

Сравнивая предпочтения в выборе значимых отношений здоровых детей младшего школьного возраста и детей, страдающих психосоматическими заболеваниями с помощью методики Р.Жиля мы получили (используя критерий ϕ^* -Фишера) различия по отношению к матери ($p=0,001$), к бабушке и дедушке ($p=0,002$), братьям и сестрам ($p=0,001$). Очевидно, что дисгармония отношений мать-ребенок

является стрессовым фактором, связанным с возникновением психосоматического заболевания. Отказ детей от выбора матери говорит о напряжении в отношениях с ней, нарушения эмоциональной связи.

Более частый выбор бабушек и дедушек детьми с заболеванием также говорит о том, в родительских отношениях присутствует напряжение, снижение которого возможно с помощью других близких связей. Недостаток взаимопонимания в отношениях с мамой дети с заболеванием также выражали тем, что чаще предпочитали выбирать братьев и сестер. Поскольку в исследовании участвовали только единственные дети в семье, подобный выбор детей говорит либо о потребности в близких отношениях, которые они проецируют на возможные отношения с братьями и сестрами, либо о наличии таких отношений, но уже в расширенной семье.

Интересными для нас были и различия в исследуемых группах, связанные с предпочтением мамы и папы как родительской четы ($p=0,043$). Из полученных результатов мы видим, что младшие школьники с наличием психосоматического заболевания воспринимают семью более фрагментарно, не относясь к семье как к чему-то целостному, в отличие от их здоровых сверстников. Полученные результаты мы можем объяснить тем, что по некоторым данным (К. Х. Бриш, П. Криттенден, Лэсли Б. Кэйдис, Рут МакКлендон) репрезентативная рабочая модель привязанности матери с высокой долей вероятности разворачивается как в её отношениях с ребенком, так и в супружеских отношениях, а нарушение супружеских отношений может блокировать способность матери строить надежную связь с ребенком. Но описанная связь характера супружеских отношений и надежности эмоциональной связи в отношениях мать – ребенок нуждается в дальнейшем исследовании.

Подводя итоги, мы можем сделать следующие выводы:

1. Современное теоретическое обобщения этиологии процесса нарушения привязанности, экспериментальные исследования влияния

привязанности на развитие личности ребенка, позволяют утверждать, что качество привязанности влияя на уровень стрессоустойчивости, алекситимии и способности к социальной адаптации, является фактором развития психосоматических нарушений у детей.

2. Результаты представленных исследований показывают, что существует взаимосвязь между качеством привязанности и наличием психосоматического заболевания у детей.

3. Описанную взаимосвязь мы обнаруживаем еще на этапе формирования привязанности. В наблюдаемых нами нарушениях контакта матери и младенца прослеживаются паттерны нарушений привязанности. У детей с нарушениями процесса формирования привязанности наблюдаются сомато-вегетативные реакции в виде психосоматических расстройств – прежде всего системы пищеварения.

4. В исследовании привязанности детей 2-3 и 4-5 лет мы выявили связь изучаемого феномена со способностью детей адаптироваться к новым социальным условиям, и склонность детей с ненадежной привязанностью реагировать психосоматическими расстройствами на трудности при вхождении в новую социальную среду.

5. Существует взаимосвязь нарушения привязанности с наличием психосоматического расстройства ЖКТ у детей младшего школьного возраста.

ПСИХОСОМАТИЧНІ ПРОЯВИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ, ЩО ПЕРЕЖИЛИ ПСИХОТРАВМУЮЧУ СИТУАЦІЮ

Ірина Михайлівна Грицюк, доцент кафедри практичної психології та безпеки життєдіяльності, Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, вул. Потапова, 9, м. Луцьк, Україна

У статті розкриваються особливості дитячої психосоматики, зокрема проблеми діагностування та значимість підбору ефективних корекційних заходів, надання медичної, психологічної та соціальної допомоги. Розглядається класифікація соматичних захворювань, що прийнята у світовій медичній та психотерапевтичній практиці. Розглянуто механізми виникнення психосоматичних розладів дітей. Відзначено важливість застосування системного інтегративного підходу до вирішення основних завдань, що стоять перед фахівцями у роботі з дітьми.

Ключові слова: дитяча психосоматика, психосоматичний симптом, соматичний статус, картина органічного страждання, несприятливі психічні впливи, емоції, дитячі розлади.

Постановка проблеми. Питання психосоматичних співвідношень розглядається дослідниками як одна з найбільш складних проблем сучасної медицини та психології. Розглядаючи дитячу психосоматику, дослідники стикаються з ще більш проблемними ситуаціями щодо діагностування психосоматичних симптомів, оскільки діти до шести років у більшій мірі продукують емоції та почуття батьків. Ще одним фактором, що ускладнює діагностування соматичного симптому, є несформованість символічного мислення у дітей до шести років. Досить багато симптомів у дітей можуть бути проявом психологічного протесту чи результатом недостатньої уваги або ж навпаки, своєрідною реакцією на гіперопіку зі сторони близьких (батьки, бабусі, дідусі та інші). Варто пам'ятати, що діти та підлітки помічають і реагують на стрес у своїй родині, а також переживають власний стрес, але, в той же час, не вміють висловлювати свої переживання, не можуть оформити свої

відчуття через відсутність когнітивного досвіду, що також може стимулювати розвиток психосоматичних захворювань. Аналіз останніх досліджень і публікацій. Взаємозв'язок здоров'я людини з її думками вже в давнину була відома людству: ще давньогрецькі мислителі були переконані в тому, що свідомість людини безпосередньо впливає на її тіло. З цієї причини із самого початку розвитку медицини основоположною позицією при лікуванні будь-якого захворювання було єдність душі («психо») і тіла («сома»). Адаптуючи це до сучасності, можна сміливо говорити, що медицина вже тоді була психосоматичною, а зв'язок емоцій з відхиленнями окремих органів організму людини, яка є центральною проблемою сучасної психосоматичної медицини, можна простежити навіть у філософії Платона, який жив більше двох тисяч років тому. На сучасному етапі розвитку психосоматичної науки проблему взаємозв'язку соматичних функцій і психічних процесів досліджували як фізіологи (І. М. Сеченов, В. М. Бехтерев, П. К. Анохін, Психологія – Психологія – Psychology "Наука і освіта", №2-3, 2016 122 А. Р. Лурія, Н. П. Бехтерева, Ю. І. Александров та інші), так і психологи (В. Вундт, Б. М. Теплов, В. Д. Небиліцин, О. М. Леонтьєв, П. В. Сімонов та багато інших).

У практичній діяльності медики постійно стикаються з дітьми та підлітками, чия патологія ставить їх в глухий кут у контексті її подолання, тому що не супроводжується видимими змінами з боку соматичного статусу, які не проявляються і при поглибленому дослідженні. У той же час ці стани відрізняються завзятістю в перебігу і пов'язані з наростаючим стражданням дитини, вибивають її з повсякденного життя, а також змінами психологічного статусу – аж до соціальної дезадаптації.

Наявність загальної ознаки – безперечна участь психологічних механізмів в патогенезі та в підтримці цієї групи порушень здоров'я – дозволило об'єднати їх під загальною назвою – психосоматичні функціональні захворювання.

Метою статті є вивчення особливостей психосоматичних проявів психологічних порушень у дітей, що пережили психотравмуючу ситуацію.

Виклад основного матеріалу. Психосоматичний підхід починається тоді, коли клієнт перестає бути лише носієм хворого органу, а розглядається цілісно. Тоді психосоматичне спрямування

можна розглядати і як можливість «зцілення» від деперсоналізації медицини.

Будь-яке психосоматичне захворювання є властивістю людського організму як системи. Воно не походить окремо ні з психічних, ні з фізіологічних (включаючи спадковість) якостей індивіда, їх неможливо пояснити шляхом дослідження властивостей якоїсь однієї підсистеми – психічної чи соматичної. Лише взаємодія між цими підсистемами та оточуюче середовище можуть призвести до нового стану організму, який визначається як психосоматичне захворювання. І лише розуміння цих зв'язків може дати можливість ефективно впливати на захворювання, що виникло, в тому числі й засобами психотерапії [3].

Внутрішні конфлікти, невротичні типи реакцій або психореактивні зв'язки обумовлюють картину органічного страждання, його довготривалість, особливості протікання, і, можливо, резистентність до терапії.

У ряді робіт американських вчених намітилася тенденція замінювати термін «психосоматика» на «психонейроімунологія», оскільки він більш точно відображає зв'язок психіки з сомою через механізм нейроімуноної регуляції.

Передбачається, що в патогенезі багатьох захворювань істотну роль відіграють несприятливі психічні впливи. Д. Н. Ісаєв передбачає, що патогенез «психосоматичних розладів» складається з наступних чинників:

- 1) неспецифічної схильності та вродженої схильності до соматичних порушень та дефектів;
- 2) спадковою схильністю до психосоматичних розладів;
- 3) змін в ЦНС, що призводять до нейродинамічних зрушень;
- 4) індивідуальних особливостей;
- 5) психічного і фізичного стану під час психотравмуючих подій;
- 6) фону несприятливих сімейних і соціальних факторів;
- 7) особливостей психотравмуючих подій [1].

Перераховані фактори не тільки беруть участь в генезі психосоматичних розладів, але кожен окремо або в різних комбінаціях робить людину вразливою до емоційних стресів, ускладнює психологічний та біологічний захист, полегшує виникнення і обтяжує перебіг соматичних розладів. Хоча найбільш спірним у психосоматиці є питання специфічності психічного

фактора у виникненні соматичної патології, але провідною в основі психосоматичних захворювань є реакція на емоційне переживання, що супроводжується функціональними змінами і потім патологічними порушеннями в органах. Тому функціональний етап ураження переростає в деструктивно-морфологічні зміни в соматичній сфері, відбувається генералізація психосоматичного захворювання.

Проте, для великої групи захворювань, що стосуються різних систем організму (теплообміну і терморегуляції, серцево-судинної, дихальної, гастроентерологічної та інших), дослідниками використовується умовний термін «функціональна патологія», хоча більш правильна назва – «порушення і захворювання регуляції функцій».

Саме в цей період є можливість проведення первинної профілактики, запобігання переходу в соматичне захворювання. На цьому принципі будуються існуючі класифікації психосоматичних розладів у дітей. Слід зазначити, що існуючих класифікацій психосоматичних захворювань у дітей мало і потрібне проведення великої роботи для створення єдиної і чіткої класифікації.

У сучасних класифікаціях захворювань – міжнародній (МКБ-10) та американській класифікації хвороб (DSM-IV) психосоматичні розлади називаються соматоформними і представлені в окремій рубриці.

Під соматоформними розладами розуміють повторюване виникнення фізичних симптомів, які змушують припустити соматичне захворювання, яке не підтверджується об'єктивними даними медичного обстеження. Наукових досліджень, присвячених діагностичним критеріям соматоформних порушень у дітей і підлітків, проведено не багато. Про це свідчить огляд науковців Фріц із співавторами (Fritz et al., 1997), які проаналізували педіатричну, психіатричну і психологічну літературу за останні 10 років, що стосується соматоформних порушень. З існуючих класифікацій психосоматичних розладів у дітей слід виділити класифікацію Йохмаса і Шмітта (Jochmas, Schmitt, 1986) [1].

Усі дитячі захворювання автори поділяють на три групи: до першої групи віднесено психосоматичні функціональні порушення, тобто ті соматичні синдроми, при яких не виявляються органічні ураження органів і систем. Сюди відносяться психогенні порушення у грудних дітей та дітей раннього віку, порушення сну, енкопрез,

енурез, запори, конверсійні неврози.

Друга група складається із психосоматичних захворювань, що включають бронхіальну астму, виразковий коліт, хворобу Крона, нейродерміти, виразку шлунка, нервову анорексію, булімію, ожиріння.

Третя група об'єднує тих хронічних хворих, у яких виникають серйозні ураження (муковісцидоз, діабет, хронічна ниркова недостатність, злоякісні новоутворення) [1].

Варто також виділити класифікацію Цімпріха (Zimprich, 1984), що включає в себе:

- 1) психосоматичні реакції;
- 2) функціональні порушення;
- 3) психосоматичні захворювання з обмеженою маніфестацією;
- 4) специфічні психоматози (коліт, виразка шлунка та інші).

На думку Цімпріха, ці порушення і захворювання, незважаючи на їх відмінності, об'єднані загальним терапевтичним підходом, який поєднує медикаментозне лікування і психотерапію.

Також умовно психосоматичні розлади можна поділити на дві великі групи: «великі» або «класичні», до яких можна віднести ішемічну хворобу серця, гіпертонічну хворобу, виразкову хворобу шлунка, бронхіальну астму. Та до «малих» психосоматичних розладів можна віднести невротичні порушення внутрішніх органів, або так звані «органні неврози» [4].

Для діагностики в психосоматиці мають значення такі методи, як бесіда, збір анамнезу життя, психологічні тести. Оскільки діти, особливо раннього шкільного віку, підлітки гостро реагують на будь-які зміни в найближчому оточенні, стає очевидною необхідність застосування біографічного аналізу для класифікації дитячих розладів. Дитина, в свою чергу, легко помічає, що зміни у її поведінці негативно впливають на навколишній світ. Вона звикає відповідно соматизувати свої конфлікти, якщо на її поведінку не реагують [2]. Також важливо приділити увагу анамнезу дитинства матері, оскільки більшість розладів, які виявляє дитина, пояснюються конфліктними ситуаціями у матері, яка може їх проектувати на свою дитину.

Сучасними дослідниками продовжуються пошуки особистісних профілів, які є характерними для окремих психосоматичних захворювань. Особистісний профіль встановлюється або клінікоанамнестичним методом – ретроспективно, або ж за

допомогою різноманітних психологічних методик, наприклад, особистісних опитувальників [4].

Ми розпочали (на базі «Консультативного центру» СНУ імені Лесі Українки) дослідження психосоматичних розладів у дітей, які пережили психотравмуючу ситуацію. На сьогодні у дослідженні взяли участь 15 дітей, які відвідують психолого-корекційні індивідуальні та групові заняття. Найбільш поширеними випадками звернень батьків є енурез, астма, проблеми зі сном. Діти, які приймали участь у нашому дослідженні, переживали різні психотравмуючі ситуації (розлучення батьків, перебування одного з батьків в зоні антитерористичної операції, вимагання значної суми грошей тощо).

Для об'єктивної діагностики ми використовуємо ТАГ – тематичний тест аперцепції, за допомогою якого можна отримати інформацію, що стосується основних прагнень, потреб, конфліктів та іншу значимі дані; тест «Тривожність» (Р. Темпл, М. Доркі, В. Амен) дозволяє з'ясувати рівень тривожності дитини; проєктивні техніки «Автопортрет», «Три дерева», «Зачарована сім'я», «Неіснуюча тварина». Також важливим аспектом діагностики психосоматичних хвороб є спостереження за дітьми в ході індивідуальної та групової роботи.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Під соматичними розладами у дитячому віці ми розуміємо картину хвороби, яка переважно буває викликана психічними факторами. Як уже зазначалося, усвідомити ці фактори дуже важливо, оскільки від них залежать терапевтичні заходи. І це не обов'язково має бути психотерапевтичне лікування окремої дитини, але і послідовні інтенсивні консультації батьків. Ми дійшли висновку, що саме сімейна атмосфера відіграє велику роль для формування у дитини досвіду та її здорового розвитку. Тому відповідна терапія може здійснюватись тільки з урахуванням індивідуальних передумов, що виявляються відповідною діагностикою, яка враховує ту чи іншу ситуацію в сім'ї [2]. Оскільки наше дослідження лише розпочато, то перспективи дослідження полягають у розширенні вибірки, а також у розробці ефективних засобів корекції психосоматичних порушень у дітей.

УДК 616.8

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ В СЕМЬЯХ С РАЗЛИЧНЫМИ СТИЛЯМИ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ

Н.Ю. Еремина Поволжская государственная социально-гуманитарная академия (Россия, Самара)

Отношение к психосоматике как самостоятельной области медицины до сих пор неоднозначно, однако большинство исследователей так называемые «болезни цивилизации» считают психосоматическими. Психосоматические заболевания, особенно у детей и подростков, – ведущая психосоциальная проблема нашего времени. Увеличивается количество детей, страдающих бронхиальной астмой и сахарным диабетом, заболеваниями желудочно-кишечного тракта и желчного пузыря, болезнями кожи и т.д.

Психосоматика – это направление, которое изучает влияние социальных и психологических факторов на возникновение и развитие психосоматических заболеваний. В основе психосоматических заболеваний лежит реакция на эмоциональное переживание, которое сопровождается функциональными изменениями и патологическими нарушениями в организме [1, с. 75–76].

В ряде работ [1; 2] отмечено, что причиной психосоматических заболеваний являются эмоциональные переживания и мысли больного. Таким образом, если доктора не могут найти причину болезненного состояния или если исследуемое заболевание является результатом таких состояний, как депрессия, гнев, чувство вины, тревожность, оно может быть классифицировано как психосоматическое.

Причиной психосоматических болезней, как показал анализ отечественных и зарубежных исследований, является нарушенная адаптация организма, связанная с тем, что человек постоянно находится в условиях стресса. В своих работах Г. Селье утверждал, что даже «спящий человек испытывает стресс, а полная свобода от стресса означает смерть» [Цит. по: 20, с. 104–109]. Воздействие различных факторов может быть столь мощным, что организм не

справляется со стрессом, вызывая болезненное состояние.

Проблемы психосоматической психологии первоначально рассматривались в русле психоаналитической концепции З. Фрейда. В его работах, в частности, отмечалось, что психосоматическим заболеваниям предшествует «соматическая готовность», которую ученый рассматривал как физический фактор, имеющий не последнее значение при выборе забелевшего органа [См. по: 3; 4].

В работах не менее известного психоаналитика Ф. Александера нашла подтверждение мысль о том, что неоднократные переживания стрессовых ситуаций, затяжные и повторяющиеся негативные эмоции влияют на развитие психосоматических заболеваний. Ф. Александер дал перечень семи классических психосоматических болезней: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, эссенциальная гипертония, бронхиальная астма, ревматоидный артрит, гипертиреоз (тиреотоксикоз), язвенный колит и нейродермит. Этот список постоянно дополняется, но перечисленные выше заболевания считаются доказанными [См. по: 1].

Например, приступ бронхиальной астмы – это фактически заторможенный «приступ плача», привлечение внимания, требование помощи матери. Расстройства органов пищеварения – это неумение переживать жизненные обстоятельства. Причинами язвенной болезни желудка являются: самообвинение, чувство вины и самонаказания [5, с. 50].

По мнению Ф. Александера, взаимодействие трех факторов – психологических, физиологических и социальных обуславливает психосоматические расстройства. В качестве психологических факторов выступают личностные особенности, неразрешенные внутренние конфликты, определяющие негативные эмоций. Конституциональная неполноценность тех или иных органов определяется физиологическим фактором, неблагоприятные воздействия среды – социальным [См. по: 5; 6].

У ребенка психосоматические заболевания приводят к эмоциональной неустойчивости, вызывают нарушения поведения в семье, детском саду, школе, тем самым снижая возможности социальной адаптации. В свою очередь, дисфункциональные отношения в семье, патологизирующий стиль семейного воспитания, конфликты со сверстниками, а также школьная неуспеваемость могут способствовать формированию у ребенка психосоматических

расстройств [7].

Увеличение риска возникновения и развития психосоматических заболеваний порой определяется затяжным психоэмоциональным напряжением, а также запретом на выражение эмоций. Тогда как снижению тревожного состояния, возникающего у ребенка в новых или в стрессогенных ситуациях, способствует привязанность к родителям. Именно родители обеспечивают чувство безопасности ребенка при взаимодействии с в социуме, освоение способов поведения и реагирования на требования жизненных ситуаций.

Абсолютное большинство отечественных и зарубежных исследователей считают, что на становление и развитие личности ребенка влияет семья и ее внутрисемейные взаимоотношения.

В работах Э.Г. Эйдемиллера, И.В. Добрякова. и И.М. Никольской отмечено, что семья – это основное средство развития ребенка, поэтому формирование психологических защит и особенностей личности ребенка зависит от степени привязанности родителей и ребенка, от психологического климата семьи, от усвоения детьми родительского стиля поведения [24, с. 10].

Основной источник знаний для ребенка – это родители. Тот объем знаний, который получает ребенок в процессе своего развития, зависит от включенности родителей, от предоставления своему ребенку возможности заниматься в секциях, музыкальных и спортивных школах, посещать музеи, выставки, отдыхать на море и т.п. Особенно необходимо отметить, что с детьми важно много беседовать, совместно читать, советоваться с ними при принятии решений. Дети с большим жизненным опытом, умеющие находить выход из различных стрессовых ситуаций, решающие проблемы общения, будут быстро адаптироваться к изменяющимся условиям и положительно реагировать на перемены.

Л.Б. Шнейдер указывала, что есть определенная специфика семейного воспитания, а именно: семейное воспитание основано на чувстве; семья – это разновозрастная социальная группа; в семье ребенок выполняет все основные виды деятельности: трудовую, игровую, познавательную, общественную, ценностноориентированную, художественно-творческую, свободного общения; семейное воспитание воздействует на весь жизненный цикл человека, независимо от времени суток и времени года. Распространенными негативными факторами семейного воспитания

являются следующие: плохое материальное обеспечение семьи, безнравственность, преобладание стремления к материальному благополучию над духовными потребностями; безнаказанность и всепрощенчество; отсутствие благополучного психологического климата в семье; психолого-педагогическая безграмотность родителей и др. [22].

Анализ работ отечественных авторов (Д.Н. Исаев, Ю.Ф. Антропова и др.) показал, что на патогенез «психосоматических расстройств» влияет значительное число факторов:

- неспецифическая наследственная и врожденная отягощенность соматическими нарушениями и дефектами;
- наследственная предрасположенность к психосоматическим расстройствам;
- изменения в центральной нервной системе, приводящие к нейродинамическим сдвигам; – психическое и физическое состояние во время психотравмирующих событий;
- неблагоприятные семейные и социальные факторы и др.

Перечисленные факторы не только участвуют в генезе психосоматических расстройств, но каждый отдельно или в разных комбинациях делают человека уязвимым к эмоциональным стрессам, затрудняют психологическую и биологическую защиту, облегчают возникновение и утяжеляют течение соматических расстройств [4; 8].

Выраженные психосоматические расстройства разнообразны, могут поражать практически любые органы и системы. Взаимосвязь возраста с психосоматическими расстройствами условна, так как расстройства встречаются как у дошкольников, так и у подростков.

Такие психосоматические реакции, как нарушение сна, частые головные боли, энурез и т.д., обычно кратковременны. Автор считает, что их появление возникает вслед за переживанием ребенком неприятных или опасных обстоятельств: одиночество, аварийная ситуация, испуг животным или человеком и т.д. [9].

У ребенка или подростка функциональные психосоматические нарушения, вызванные однократными неблагоприятными обстоятельствами или жизненными трудностями, часто влекут за собой язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальную астму, язвенный колит и др. [9; 10]. Н.Ю. Еремина Выше перечисленные психосоматические болезни характеризуются не только нарушениями органов или систем, но и особенностями

протекания болезни [11; 12].

Специалисты находят общие признаки психосоматических болезней: психическая травма, стресс, действие которых может быть кратковременным, длительным или хроническим; обострение или рецидив болезни могут быть связаны со стрессовой ситуацией; пол и стадия полового созревания влияет на течение заболевания; сезонное обострение психосоматических расстройств. У разных людей один и тот же эмоциональный стресс вызывает различные реакции и заболевания [13].

При осмотре ребенка специалист обращает внимание на его скованность, быстрые переходы от смеха к слезам, вегетативные расстройства. К личностным особенностям ребенка, предрасположенного к психосоматическим расстройствам, относят сензитивность, повышенную ответственность, склонность к снижению настроения при малейших неблагоприятных ситуациях. На этом фоне легко возникают страхи, фобические расстройства, которые в связи с незрелостью психики приобретают соматическую окраску.

Типичными особенностями психического состояния в ходе обследования ребенка являются заторможенность в начале беседы, ранимость, стеснительность, аффективная лабильность, легкое возникновение расстройств настроения (плач, скованность, замкнутость). Обращают на себя внимание утомляемость, нарушение работоспособности, психический инфантилизм (отсутствие критики к себе, легкая внушаемость, подчиняемость, поиск лидера, иногда желание показать себя в лучшем свете). Часто отмечается редуцированный психоорганический синдром в виде двигательной расторможенности, активного и пассивного протеста, отсутствие чувства дистанции при беседе. При утомлении усиливается двигательная расторможенность, деятельность ребенка малопродуктивна и нецеленаправленна [13; 14].

Таким образом, под «психосоматическими расстройствами» следует понимать как актуальные, так и долговременные сдвиги в работе функциональных систем организма, связанные прежде всего с психоэмоциональными факторами.

Основная часть социализации с момента рождения у человека происходит в семье, и нарушение семейных взаимоотношений может способствовать формированию психосоматических нарушений.

Для психосоматогенной семьи нехарактерно поощрение свободного выражения переживаний, вследствие чего ребенок присваивает стереотипы подавления эмоций, что приводит к их соматизации. Подавление отрицательных эмоций может быть связано с тем, что в семье принят стереотип терпения, отношения к болезни как к состоянию, в котором человек сам виноват [7].

Выделяют пять характеристик психосоматогенных семей: 1) сверхвключенность родителей в жизненные проблемы ребенка, которая мешает развитию самостоятельности, следовательно, ослабляет защитные механизмы и способствуют развитию внутреннего конфликта; 2) сверхчувствительность каждого члена семьи к дистрессам другого; 3) ригидность взаимоотношения в семье, низкая способность менять правила взаимодействия при меняющихся обстоятельствах; 4) тенденция избегать выражения несогласия и открытого обсуждения конфликтов, что усиливает риск возникновения внутренних конфликтов; 5) ребенок с его заболеванием часто играет роль стабилизатора в скрытом супружеском конфликте [7; 19]. Конечно, болезнь не возникает после одной-двух ситуаций сдерживания своих чувств [15]. Однако эти две ситуации могут иметь продолжение.

Значимым фактором, влияющим на протекание психосоматических заболеваний, является отношение родителей к заболеванию ребенка. Как правило, на него влияют страх перед последствиями обострений, убежденность родителей в своих знаниях о конкретном заболевании. Отношение к болезни ребенка сказывается и на отношении к его личности. Взаимоотношения в семье подвергаются изменению в связи с появлением у одного из ее членов хронического заболевания [16].

Необходимо отметить, что само появление ребенка на свет может быть причиной возникновения психосоматических расстройств у родителей. При появлении первенца родители еще недостаточно готовы к изменению своих функциональных обязанностей [15].

К психосоциальным факторам относятся патологические стили воспитания [7]. Стиль семейного воспитания – это совокупность родительских стереотипов, воздействующих на ребенка. Наблюдения за детско-родительскими отношениями в различных семьях позволили психологам составить описание стилей воспитания, возникающих под воздействием объективных и субъективных

факторов и генетических особенностей ребенка. На выбор того или иного стиля семейного воспитания оказывают влияние в первую очередь традиции, в которых воспитывались сами родители. Немаловажное значение имеют индивидуально-личностные особенности родителей, их педагогическая культура и психологическая грамотность.

Типы семейных взаимоотношений, определяющих стиль семейного воспитания, в отечественной литературе рассматривались в работах А.В. Петровского, Л.Г. Сагатовской, Д.Н. Исаева, В.И. Гарбузова, А.Е. Личко, Э.Г. Эйдемиллера, В.М. Миниярова и других ученых. Предложенная А.Е. Личко и Э.Г. Эйдемиллером классификация, построенная на соотношении особенностей формирования личности детей и стилей семейного воспитания, представляется наиболее интересной с точки зрения ее практического применения. В стилях семейного воспитания авторами были выделены пять отклонений.

1. Гипопротекция характеризуется недостатком опеки и контроля, ребенок часто остается без надзора, ему уделяется мало внимания, ощущается физическая заброшенность, нет интереса к его жизни со стороны родителей. Воспитание носит формальный характер, поэтому невключенность ребенка в жизнь семьи приводит к асоциальному поведению из-за неудовлетворенности потребности в любви и привязанности.

2. Доминирующая гиперпротекция проявляется в запретах, повышенном внимании к ребенку, в чрезмерной опеке и мелочном контроле поведения, в ограничении ребенка в действиях, что впоследствии приводит либо к реакции эмансипации, либо к формированию таких качеств, как безынициативность, несамостоятельность, безответственность, неумение постоять за себя [17].

3. Потворствующую гиперпротекцию называют «воспитание кумира семьи». Родители стараются освободить свое дитя от малейших трудностей, обожают и чрезмерно покровительствуют, потакают любым его желаниям, восхищаются его минимальными успехами и требуют такого же восхищения от других. У ребенка формируется высокий уровень притязаний, стремление к лидерству. Еще А. Маслоу отмечал, что такой стиль формирует патологическую потребность в любви и признании. Личность, воспитывающаяся в

такой семье, нередко испытывает в жизни отрицательные переживания, так как «слепая» родительская любовь не научила ребенка справляться с трудностями и неприятностями.

4. При стиле «эмоциональное отвержение» родители тяготятся своим ребенком, его потребности игнорируются, с ним жестоко обращаются, ребенок-обуза часто встречает скрытое эмоциональное отвержение. Данный стиль семейного воспитания оказывает наиболее отрицательное воздействие на развитие личности ребенка. З. Фрейд писал, что в таких семьях могут присутствовать все четыре «тревожащие» ситуации: потеря желаемого объекта, потеря любви, потеря личности, потеря любви к себе.

5. Стиль семейного воспитания «повышенная моральная ответственность» выражается в требовании от ребенка честности, порядочности, развития чувств, не соответствующих его возрасту. Порой подростку насильно приписывают роль «главы семьи», перепоручают уход за младшими детьми или престарелыми. Родители пророчат особое будущее своему ребенку, а ребенок боится их разочаровать, искренне стараясь оправдать надежды.

Можно дополнить список отклонений в стиле родительского воспитания: предпочтение женских, мужских или детских качеств, расширение сферы родительских чувств, страх утраты ребенка, неразвитость родительских чувств, проекция собственных нежелательных качеств, перенос конфликта между супругами в сферу воспитания [18]. Из вышесказанного следует, что родительский стиль – это обобщенные, характерные, ситуационно неспецифические способы общения родителя с ребенком, это образ действий по отношению к ребенку. Можно предположить, что те или иные отклонения в семейных взаимоотношениях могут способствовать формированию определенных психосоматических нарушений.

Для подтверждения данных предположений было проведено исследование с помощью методик «Анализ психологического анамнеза ребенка» и «Анализ семейных взаимоотношений (АСВ) (Э.Г. Эйдемиллер и В.В. Юстицкис)», в котором принимали участие 42 родителя детей 3–6 лет, посещавших «группу для часто болеющих детей». С целью сбора информации о жизни ребенка, составления истории его индивидуально-психологического развития родителям предлагалось заполнить бланк психологического анамнеза на ребенка. После заполнения бланка родители отвечали на уточняющие вопросы.

Таким способом выявлялись патологии в развитии ребенка, особенности взаимоотношений в семье в целом, наличие или отсутствие врожденных или наследственных заболеваний, интересы и привычки ребенка.

Исследование позволило прийти к выводу, что индивидуально-психологическое развитие часто болеющих детей и здоровых детей различается. Гармоничный стиль преобладает в семьях, имеющих здоровых детей. В семьях, имеющих часто болеющих детей, преобладают четыре стиля: эмоциональное отвержение, доминирующая гиперпротекция, гипопротекция и гармоничный стиль. Возникновение психосоматических расстройств у детей сопровождают такие стили, как доминирующая гиперпротекция, гипопротекция и гармоничный стиль.

Анализ полученных результатов показал, что в генезе психосоматических расстройств одним из ведущих факторов является стиль семейного воспитания и общий фон семейных взаимоотношений. Степень их благоприятности / неблагоприятности – одно из условий, обеспечивающих здоровье детей и их устойчивость по отношению к психогенным факторам.

ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКИХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Анна Серых, Виктор Басюк, Алла Лифинцева

Аннотация. В статье проводится анализ особенностей детских психосоматических расстройств. Показано, что психиатры и психологи исследовали функционирование психических процессов, соотнося их с состоянием soma. Показано: девиантные формы родительства создают условия риска психосоматических расстройств у детей и подростков; стрессовая тактика педагогических воздействий создает условия риска психосоматических расстройств; низкая двигательная активность (гиподинамия) детей и подростков на фоне негативных социально-психологических факторов создает условия риска психосоматических расстройств; моббинг и буллинг внутри сообщества детских объединений создают условия риска многих психосоматических расстройств; возникают симптомы социопатической личности. Показано: формирующиеся психосоматические расстройства могут выступать в качестве феномена самоконтроля.

Ключевые слова: психосоматические расстройства; психосоматические симптомы, социальное сиротство; социальное неравенство; стрессовая тактика педагогических воздействий; гиподинамия; моббинг и буллинг; симптомы социопатической личности.

Психосоматика (от греч. psyche – душа и soma – тело) – направление в медицине и психологии, исследующее роль психических факторов при изучении причин и условий возникновения болезней (в этиологии) и патогенезе функциональных и органических расстройств организма.

Психосоматические расстройства в детстве и отрочестве влияют на развитие личности, а психические состояния обратимо влияют на здоровье. Показано, что на возникновение и преодоление соматических расстройств молодого организма большое влияние оказывает сама личность ребенка или подростка.

В начале XX века отечественные психиатры писали о том, что на соматические расстройства организма человека большое влияние оказывает сама личность, в частности, ее эмоциональные состояния.

Таковыми были исследования М. Я. Мудрова, Г. А. Захарьина и С. П. Боткина [1].

Соматические расстройства специально исследовались Б. Д. Карвасарским, А. А. Портновым, Д. Д. Федотовым, А. М. Свядоцем [2] и многими другими отечественными психиатрами. О расщеплении разума, тела и духа при травме, о соматических компонентах переживаний специально писал Д. Калшед, который опирался на ряд других психоаналитических направлений [3].

В зарубежной психологии З. Фрейд специально обращал внимание на роль психического детерминизма в соматике истерии [4].

Х. Сторроу и У. Т. Цушима вслед за другими специалистами указывали на то, что психосоматика в широком смысле слова включает все взаимодействия между поведением (мысли, эмоции, действия) и соматическим заболеванием [5]. Существование таких сложно обусловленных отношений души и тела признавалось на протяжении столетий. Психосоматические расстройства в целом означают тип психического заболевания, этиология которого обусловлена значимыми психологическими факторами.

Функционирование психических процессов, развитие и бытие личности зависят от soma. Но здесь существует и закономерная обратимость: тело находится в зависимости от psyche

Актуальность исследований проблем детской и подростковой психосоматики обусловлена, в первую очередь, значительным ростом в общей популяции числа психосоматических расстройств и жалоб у детей и подростков. По уровню распространенности они являются преобладающими среди общего числа неинфекционных болезней детского и подросткового возраста. Встречаемость психосоматической патологии для данной возрастной категории составляет до 70% от числа всех детей, обращающихся в детские поликлиники, при этом периодические психосоматические жалобы без ясных физиологических причин отмечаются до 10% случаев [6, 7, 8].

Несмотря на ряд исследований в медицинской и психологической науках, до сих пор остаются дискуссионными вопросы, касающиеся сущностного содержания и роли факторов различного уровня в возникновении психосоматических жалоб и расстройств у детей и подростков.

Авторы пытаются дать теоретический анализ существующих

отечественных и зарубежных исследований макросоциальных факторов риска психосоматических расстройств и жалоб детей и подростков, основанного на многофакторной модели, предложенной А. Б. Холмогоровой в отношении аффективных расстройств [9].

Если говорить о факторах риска нарушения психосоматического здоровья детей и подростков на макросоциальном уровне, то доминирующими из них являются девиантные формы родительства, социальное неравенство и несовершенная система дошкольного и школьного образования.

В структуру девиантных форм родительства, на наш взгляд, следует включить такие факторы риска психосоматических расстройств, как социальное сиротство, алкоголизация родителей, различные формы семейного насилия и тотальную занятость современных родителей, не позволяющую им адекватно реализовывать родительские функции.

Хелен ван Ройкель, рассматривая проблемы семейного насилия, пришла к выводу, что дети, являясь или прямыми жертвами, или свидетелями насилия, испытывают те же эмоциональные состояния, что и участники военных или стихийных бедствий [10]. Наиболее часто встречающимися психосоматическими симптомами для детей и подростков в таких случаях являются хронические абдоминальные боли, головные боли, боли в малом тазу, дисфункции голосовых связок, предменструальный синдром, фибромиалгия и т.д.

Специалистами отмечается, что в младшем школьном и подростковом возрасте высокая частота данных психосоматических симптомов может выступать маркером домашнего насилия [11, 12].

С нашей точки зрения, формирующиеся психосоматические расстройства у детей и подростков – жертв или свидетелей насилия, могут выступать в качестве феномена самоконтроля: они поддерживают ребенка в состоянии готовности к адекватному реагированию на проблемные ситуации и помогают «контролировать» свои тревогу и страх, связанные с отсутствием эмоциональной поддержки в семье и невозможностью установить отношения надежной и безопасной привязанности с родительскими фигурами.

родительскими фигурами. Схожая ситуация обнаруживается и в случае социального сиротства. Согласно многочисленным исследованиям, дети-сироты представляют собой одну из основных групп риска по девиантному поведению и различным психическим

нарушениям, в том числе расстройствам аффективного спектра [13, 14].

Дискуссионным остается вопрос о роли социального неравенства в возникновении у детей и подростков психосоматических нарушений. Некоторыми исследователями отмечается, что частота встречаемости психосоматических нарушений среди детей из семей с низким социальноэкономическим статусом гораздо выше, чем среди детей из семей со средним и высоким уровнем дохода. Кроме того, показано, что дети, которые часто беспокоятся о финансовом статусе своей семьи, демонстрируют такие психосоматические жалобы, как головные боли, абдоминальные боли и кардиалгии [15]. В России масштабных исследований такого уровня не проводилось.

В качестве основных макросоциальных факторов риска психосоматических расстройств у детей в системе дошкольного образования можно выделить, прежде всего, дисфункциональные коммуникации воспитателей с ребенком и раннее начало обучения детей с использованием неадаптивных технологий, методов и средств обучения. Давно известно, что с воспитателем ребенок получает первый опыт полиадического (вместо диадического – с родителями) общения. Как показали исследования, воспитательница не замечает обычно около половины направленных к ней обращений детей. Данный аспект дисфункциональной коммуникации может привести, с одной стороны, к росту самостоятельности ребенка, снижению его эгоцентризма, а может – к неудовлетворению потребности в безопасности, развитию тревожности, психосоматизации ребенка. Кроме того, результаты современных научных исследований неоспоримо свидетельствуют о том, что раннее начало обучения ребенка, форсированная выработка у дошкольников школьной готовности негативно отражаются на их психосоматическом здоровье [16].

В качестве факторов риска нарушений психосоматического здоровья детей и подростков в системе школьного образования выделяются следующие [17, 18, 19, 20].

1 – Стрессовая тактика педагогических воздействий (то есть ребенок находится в ситуации постоянной угрозы стресса). Весьма часто в системе диадического общения «ребенок – педагог» со стороны последнего проявляются разнообразные реакции

отрицательной модальности, начиная от открытой агрессии и заканчивая равнодушием.

Социальная угроза ассоциируется у детей и подростков с отвержением, враждебностью со стороны педагогического коллектива или с недостатком дружелюбия и принятия с их стороны. Учебная угроза связана с предчувствием психологической опасности в учебных ситуациях: ожидание провала на уроке, боязнь наказания за неуспех со стороны родителей [21]. Такие длительные эмоциональные переживания детей могут привести к соматизации, а в дальнейшем и к психосоматическим расстройствам. Важно отметить, что неблагоприятное взаимодействие педагога с ребенком может быть связано с высоким уровнем стрессового состояния самого педагога, что снижает адаптационные возможности его организма и, соответственно, прямым образом влияет на эффективность его профессиональной деятельности.

2 – Стресс ограниченного времени и постоянной конкуренции. Как справедливо отмечал Д. Н. Исаев, из-за присутствия в школе элемента соревнования, связанного с ориентацией на высокие показатели, отстающих учеников неизбежно «стигматизируют», как, собственно, сами дети, так и педагогический коллектив. В связи с этим у детей развивается негативное представление о собственной личности, что препятствует их дальнейшему развитию и увеличивает риск психосоматических расстройств [22].

Следует принять во внимание и тот факт, что на данный момент в России имеется значительное количество так называемых инновационных образовательных учреждений. При этом обучение в лицеях, прогимназиях, гимназиях и других учреждениях, которые подчас презентуются в качестве элитных, реально несут в себе фактор риска психосоматических расстройств у детей и подростков. Это обстоятельство можно рассматривать в двух аспектах. С одной стороны, большие энергозатраты ребенка, связанные с увеличением информационных нагрузок в инновационных школах, влекут за собой серьезное напряжение функциональных систем организма, что в свою очередь, негативно отражается на психосоматическом здоровье ребенка [23]. С другой стороны, инновационные учреждения, характеризуясь перфекционистскими* высокими образовательными стандартами, создают угрозу эмоциональному благополучию детей [24], и, соответственно, могут привести к психосоматическим

расстройством.

Ограниченное время для выполнения обязательных заданий и постоянная необходимость побеждать в конкурентных отношениях со сверстниками, чтобы реализовывать свою естественную потребность в признании, выступают для ребенка и подростка в качестве стресса, в качестве фактора риска.

3 – Недостаточная эффективность методик и технологий обучения учащихся. Как указывала М. М. Безруких, особенно остро проблема адекватности педагогических воздействий уровню физиологической и психологической зрелости организма школьников стоит в начале обучения в школе при поступлении в первый класс. По данным психофизиологических и нейрофизиологических исследований Института возрастной физиологии РАО, к началу школьного обучения у подавляющего большинства современных детей 6 – 7 лет еще не сформированы школьно-значимые функции [25].

А. Г. Сухарев, Н. М. Цыренова, анализируя данные, полученные в ходе исследования особенностей физического и психического здоровья детей, обучающихся с помощью здоровьесберегающих технологий обучения и учебно-дисциплинарных технологий обучения, пришли к выводу, что по всем видам функциональных отклонений в состоянии здоровья лидируют учащиеся второй технологии обучения. При этом отмечается заметная тенденция к ухудшению здоровья от 3-го к 6-му классу, почти каждый четвертый ребенок имеет отклонения в состоянии здоровья. В то же время изучение состояния здоровья школьников при здоровьесберегающих технологиях обучения свидетельствовало о более благоприятной динамике показателей, характеризующих здоровье наблюдаемых детей. Так, выявлено лишь незначительное увеличение количества детей с психическими расстройствами и расстройствами поведения. Следовательно, морфо-функциональные отклонения, наблюдаемые у школьников здоровьесберегающих технологий обучения отражают меньшую «физиологическую стоимость» адаптации к воздействию комплекса неблагоприятных школьно-средовых факторов [26].

4 – Интенсификация и нерациональная организация учебного процесса. На психику ребенка падает основная нагрузка в образовательных учреждениях. Под влиянием суммарной школьной нагрузки у учеников учащаются все функциональные отклонения,

особенно астенические и невротические проявления, артериальная гипотония, преданемия, понижение иммунологической резистентности адаптационной функции надпочечников, что связано с хроническим стрессом [27]. Высокий объем учебных и внеучебных нагрузок, интенсификация процесса обучения, дефицит времени для усвоения информации, как указывают А. А. Баранов, Л. М. Сухарева, обладают выраженным психотравмирующим воздействием на школьника, что в сочетании с уменьшением продолжительности сна и прогулок, снижением физической активности оказывает стрессорное воздействие на развивающийся организм. Длительное пребывание в таких условиях способствует «закреплению» негативных сдвигов в физиологических реакциях организма, что формирует невротические расстройства с последующей клинической манифестацией, формированием нарушений деятельности сердца, желудочно-кишечного тракта, других органов и систем и дальнейшей соматизацией [28].

Интенсификация и нерациональная организация учебного процесса выступают в качестве фактора риска.

5 – Отсутствие системной комплексной работы по организации здорового образа жизни. Низкая квалификация педагогов в вопросах возрастной физиологии, психологии, охраны здоровья школьников затрудняет доскональное изучение нарушений психосоматики. Так, в некоторых европейских странах и США официальные документы обязывают педагогический коллектив школьного учреждения знать основы возрастной физиологии детей и уметь формировать у них установки и ценности здорового образа жизни. Можно констатировать, что в современной российской школе практически отсутствует система гигиенического обучения и воспитания по формированию у детей и подростков навыков здорового образа жизни, сознательного и ответственного отношения к своему здоровью, что является значимой причиной ухудшения состояния здоровья школьников [29, 30, 31].

6 – Низкая двигательная активность детей и подростков. Физиологами и гигиенистами детства доказано, что при всей многогранности подходов к здоровьесбережению школьников одно из первых мест принадлежит правильно организованной, целенаправленной двигательной активности. Движения и физическая активность, поддерживающие обменные процессы, создают ту базу,

на основе которой происходит не только биологическое, но и духовное развитие ребенка [32].

Отсутствие системной комплексной работы по организации здорового образа жизни детей и подростков, а также связанной с этим склонностью детей к сниженной двигательной активности (гиподинамии), выступают в качестве фактора риска.

7 – Моббинг и буллинг. Работы западных исследователей показывают, что дети, включенные в сборище сверстников – объекты агрессивного поведения своих сверстников (или более старших по возрасту) представляют собой группу риска различных психосоматических расстройств. Наиболее часто встречающимися психосоматическими жалобами у виктимных детей являются головные, абдоминальные и спинальные боли, головокружения, проблемы со сном, нарушения пищевого поведения, энурезы, проблемы с кожей и чувство хронической усталости [33].

Моббинг и буллинг – некие социальные условия, которые требуют от своей жертвы подчинения, рабского следования указаниям доминантной асоциальной группе. Это социальные условия прессинга и стигматизации личности. Это условия контроля и запрета на выражение чувств. Через физические и психические репрессии агрессивные группы сверстников могут провоцировать у своих жертв развитие социопатических реакций.

Наблюдения детей и подростков в школах и в учреждениях интернатного типа показывают, что моббинг и буллинг могут проявляться в виде жестокого насилия, унижения личного достоинства более слабых через насмешки, издевательства, наговоры, порочащие честь и достоинство жертвы.

В условиях учреждений интернатного типа эти стигматизирующие и унижающие тело и личностный статус ребенка факторы создают постоянно травмирующий фон. Дети, проживающие в условиях учреждений интернатного типа, в наибольшей мере подвержены депривации психосоматики и самой личности.

М. М. Безруких отмечает и дополнительные школьные факторы риска: несоответствие условий обучения санитарно-гигиеническим требованиям; снижение уровня медицинского контроля за здоровьем школьников; плохая организация питания; в ряде мест отсутствие спортивных залов и квалифицированных преподавателей

физвоспитания; низкая культура семьи в вопросах охраны и укрепления здоровья [34].

В. С. Мухина показала, что социальные условия влияют не только на психосоматику, но и могут формировать симптомы социопатической личности. Социопаты могут проявлять конфликтность, асоциальные черты поведения. Конфликтность может перерасти в бурную агрессивную реакцию, которая может проявляться по любому, подчас незначительному поводу. В. С. Мухина писала: «У социопатов часто встречаются невротические симптомы – психогенные заболевания (не органические, а функциональные нервные заболевания). У социопатов высокая податливость к взрывам возбуждения, что нередко дает патологический аффект» [35].

Можно заключить, что феноменология детской психосоматики порождается многообразными внешними условиями, телесными (функциональными) особенностями, типологией психических функций, а также спецификой внутренней позиции самого ребенка или подростка. Весь комплекс условий и предпосылок может провоцировать возникновение патологического аффекта и асоциальные реакции. Однако развитие в сторону социопатии лишь один из возможных путей соединения аффективного асоциального поведения с отклонениями в сфере психосоматики.

УДК: 159.9(075.8)

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С СОМАТИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

И. И. Мамайчук Санкт-Петербургский государственный университет.

Резюме. В статье рассматриваются особенности внутренней картины болезни и личностного развития детей и подростков с соматическими заболеваниями. Раскрываются методологические подходы и специфика психологической помощи детям и подросткам с соматическими заболеваниями, а также их семьям. Отражены особенности консультирования, психологической коррекции, психологического сопровождения и психологической поддержки больных детей и их семей.

Ключевые слова: преморбидные радикалы личности; тревожность, страх; стрессовые ситуации; психологический климат семьи; стили семейного воспитания; структура психологической помощи; динамика психокоррекционного процесса; психокоррекционные технологии.

Проблема психологической помощи детям с соматическими заболеваниями является весьма актуальной, но практически не разработанной в клинической психологии. В исследованиях отечественных и зарубежных психологов подчеркивается, что эффективность лечения детей, особенно с тяжелыми соматическими заболеваниями, зависит не только от тяжести соматического недуга, а также от индивидуально-психологических особенностей ребенка, системы отношений и стилей воспитания, уровня адаптивности ребенка в социуме. Тяжелое соматическое заболевание качественно изменяет социальную ситуацию развития ребенка, снижает уровень его психической адаптации, ведет к ограничению социальных контактов. Не только больной ребенок, но и его родители пребывают в состоянии пролонгированного стресса в связи с госпитализацией, изнурительным для ребенка лечением, неопределенностью прогноза, изменением образа жизни всей семьи. В связи с этим психологическая помощь ребенку и его семье является важным

направлением в системе медицинской и социальной реабилитации ребенка.

Психологическая помощь детям и подросткам с соматическими заболеваниями отличается от психологической помощи детям и подросткам с другими нарушениями в психическом развитии — как по целевой направленности, так и по организации и динамике процесса работы с ребенком. Она предполагает учет следующих факторов:

1. Специфики внутренней картины болезни в детском и подростковом возрасте.

2. Многообразия соматических нарушений в детском возрасте и разнообразия этиопатогенетических факторов.

3. Специфики психотравмирующих ситуаций, включающей в себя их длительность, аффективную значимость для ребенка или подростка, а также психическое и физическое состояние ребенка в период психологической травмы.

Важным психологическим фактором, определяющим течение заболевания и эффективность лечения ребенка, является внутренняя картина болезни (ВКБ), которая рассматривается как основной комплекс вторичных, психологических по своей природе симптомов заболевания, осложняющих течение болезни, препятствующих успешности лечения и реабилитации [1, 18, 26]. На формирование ВКБ у ребенка большое значение оказывает отношение родителей к здоровью и болезни ребенка. В многочисленных исследованиях убедительно показано, что если родители предъявляют к ребенку адекватные требования, то у него формируется положительный образ, а постоянные опасения, тревоги родителей о состоянии здоровья ребенка способствуют формированию негативного образа. Неадекватные стили семейного воспитания формируют у ребенка состояние беспомощности, эмоционального дискомфорта, что может привести к формированию общего вегетативного дисбаланса, на фоне которого нередко возникают различные психосоматические расстройства, например, такие как бронхиальная астма [9]. Основным компонентом ВКБ как у взрослых, так и у детей является отношение к болезни, включающее в себя три уровня: когнитивный, эмоциональный и поведенческий.

Когнитивный уровень ВКБ включает в себя знания о своем заболевании и осознание его, что у детей в значительной степени

зависит от возраста и уровня интеллектуального развития. Ряд авторов справедливо подчеркивают, что дети не понимают причин заболевания, рассматривают их как наказание за непослушание, за несоблюдение гигиены и пр., а в более старшем возрасте связывают болезнь с конфликтами в семье и школе [2, 5, 9, 26, 30]. В отдельных исследованиях показано, что осознание болезни зависит не только от возраста ребенка, а также от специфики заболевания. Например, в исследовании Ю. Е. Кургановой отмечается, что кризис осознания болезни у детей с нефрологическими заболеваниями отмечается в предподростковом возрасте (10–12 лет), при лимфостазе — начинается в предподростковом и продолжается в подростковом возрасте (10–16 лет), при муковисцидозе — в подростковом возрасте (13–16 лет) [13]

Эмоциональный уровень ВКБ у детей и подростков проявляется по-разному. Д. Н. Исаев выделяет три типа психологической реакции больного ребенка на собственное заболевание: неспецифическая реакция на болезнь как таковую (высокий уровень тревожности, снижение самооценки, чувство вины, замкнутость); специфическая реакция на данное заболевание (как следствие нарушения церебральной гемодинамики, биохимических, гормональных или иммунных процессов в организме); психологическая реакция ребенка на госпитализацию. Причем, госпитализацию ребенка, его отрыв от семьи и привычных жизненных условий многие авторы рассматривают как самый травмирующий психику ребенка фактор [10, 18]. В младшем школьном возрасте преобладает уровень непосредственно-чувственного отношения к болезни, а именно: болевые ощущения, неприятные процедуры лечения, наблюдается недооценка тяжести и последствий заболевания. С возрастом детей на первый план выступает уровень эмоциональной оценки болезни и ее последствий, т. е. возрастает переживание болезни. Если у детей младшей возрастной группы отношение к болезни не затрагивает смысловой иерархии личности, то в подростковом возрасте наблюдается собственная эмоциональная оценка болезни [25, 30].

Поведенческий уровень отношений к болезни включает в себя выработку определенной стратегии поведения ребенка в ситуации болезни, т. е. принятие роли больного, борьба с болезнью, установка на нее. В отличие от взрослых больных, у детей и подростков почти не наблюдается факта «отрицания болезни», и «уход в болезнь»

проявляется в защитных механизмах их личности, таких как фантазирование, регресс, уход от проблем, вытеснение и др. [19, 35].

В исследованиях многих авторов отмечается, что психическое развитие длительно болеющего ребенка отличается определенной спецификой. Николаева В.В. подчеркивает, что ситуацию хронического соматического заболевания можно рассматривать как кризис психического развития в целом и развития личности в частности. Как правило, хронические заболевания в детском возрасте сопровождаются патологическим формированием личности и нередко становятся у детей источником задержки общего и психического развития, особенно у детей и подростков с врожденными пороками сердца, ревматизмом, хронической дизентерией и т. п. [12]. Чаще всего стойкая астения, снижающая общий психический тонус, приводит к нарушениям эмоционально-волевой сферы [14, 15, 26]. Как отмечает Д. Н. Исаев, состояние психического здоровья соматически больного ребенка варьирует от абсолютного благополучия до выраженного отклонения в психическом развитии. Автор выделяет 4 группы соматически больных детей в зависимости от состояния психического здоровья. Первая группа — это совершенно здоровые дети с оптимальной адаптированностью. Вторая группа — дети с легкими функциональными нарушениями (утомляемостью, нарушениями сна, неустойчивостью настроения). Третья группа — дети с «доклиническими состояниями или с астеноневротическим синдромом, с тревожностью, мнительностью, неуверенностью, нарушением биоритмов, вегетативными пароксизмами (головными болями, головокружениями, тошнотой), периодическими аллергическими проявлениями, снижением работоспособности». Четвертая группа — дети с клиническими формами (патохарактерологическими, психоорганическими синдромами) в стадии субкомпенсации [9]. У детей второй группы психическое состояние в значительной степени зависит от психологических факторов, а у детей 3-й и 4-й групп — от биологических факторов.

В многочисленных исследованиях особенностей психического развития детей с соматическими расстройствами подчеркивается негативная роль тревожности как преморбидного радикала личности ребенка [4, 5, 7, 25, 30]. Личностная тревожность формирует готовность к возникновению тревожных реакций у детей и подростков

с соматическими заболеваниями, что приводит к нарушению адаптивного поведения в период заболевания и лечения. Кроме тревожности выделяется такое личностное качество, присущее детям дошкольного и младшего школьного возраста, как эмоциональность, которая проявляется в позитивных или негативных реакциях ребенка на его окружение. При определенных условиях, эмоциональность может играть отрицательную роль, способствовать формированию эмоционального напряжения, что нередко приводит ребенка к невротическим или соматическим расстройствам [8, 9, 11, 18]. Традиционно выделяются три типа проявлений, связанных с эмоциональным напряжением в детском возрасте: 1) преневротические, которые проявляются в нарушениях сна, в тиках, в патологических привычках, в навязчивости, в беспричинном плаче; 2) вегетодистонические, проявляющиеся в головокружениях, головных болях, сердцебиении, одышке, обмороках, в периодических болях в животе, в гиперемии кожи при волнении, в отрыжках воздухом; 3) к соматическим относятся повышенная жажда, булимия, рвота после еды, ожирение, непереносимость отдельных видов пищи, субфебрилитет неясного происхождения, неоднократно появляющиеся кожные высыпания и др.

Близким к состоянию тревожности является состояние страха у ребенка (страх предстоящей операции, перевязки, боли и пр.) Тревожность, в отличие от страха, не имеет определенного объекта, страх же всегда связан с конкретным объектом окружения (лицом, предметом, событием). У детей и подростков с соматическими заболеваниями психолог встречается с двумя типами страхов — нормальным, понимаемым как естественная реакция, (например, страх перед предстоящей операцией) и патологическим, обычно называемым фобией. Особые трудности наблюдаются при работе психолога с детьми с фобиями (патологическими страхами), в основе которых лежит глубоко скрытая тревожность. Сущность механизма формирования фобий заключается в смещении тревожности от первичной ситуации или объекта, вызвавших беспокойство, на другую ситуацию или объект. Например, ребенок с бронхиальной астмой начинает бояться тех предметов, которые никогда не вызывали и не могут вызывать у него аллергической реакции. Или ребенок с желудочно-кишечным заболеванием, у которого болезнь и боль вызывает страх за свою жизнь, отказывается от приема пищи. Как

показывают наши исследования, такое смещение происходит у ребенка как следствие неразрешенных внутренних конфликтов, и может проявляться в агрессивном, беззащитном или нейтральном поведении [5, 30]. Психолог не должен проявлять поспешность в интерпретировании внутренних конфликтов ребенка только на основании анализа конкретной фобии, так как за одной и той же фобией у разных детей и их родителей могут скрываться разные конфликты. Анализируя преморбидный период заболевания у ребенка, следует выделять не только преморбидные радикалы личности ребенка и подростка, такие как тревожность и эмоциональность, а также стрессовые ситуации, предрасполагающие к возникновению заболевания у них. Эмоциональный стресс рассматривается как состояние ярко выраженного психоэмоционального переживания человеком конфликтных жизненных ситуаций, которые остро или медлительно ограничивают удовлетворение его социальных или биологических потребностей [31, 32]. По мнению Г. Селье, стресс приводит к нарушению корково-подкорковых взаимодействий, и при хроническом стрессе возникают типичные для него расстройства моторики, ритма сна и бодрствования, нарушение влечений, настроения, раздражительность. Стресс имеет двоякую функцию: способствует развитию адаптации организма к воздействию различных факторов и, с другой стороны, лежит в основе патогенеза многих болезней, например, таких как бронхиальная астма, нейродермит, ожирение, артериальная гипертензия, нарушения сердечного ритма других. Связь между стрессовой ситуацией и характером возникающей на нее реакции у ребенка неоднозначна. Роль стресса опосредуется сложной многоуровневой структурнофункциональной системой развивающегося организма и личности ребенка. Традиционно выделяются следующие уровни реагирования на стрессовые ситуации: социально-психологический, который непосредственно связан с изменением жизненного стереотипа ребенка, системой его отношений; психологический, включающий особенности личности ребенка и актуального психического состояния; психофизиологический, включающий в себя интегративные церебральные системы, периферические вегетативно-гуморальные уровни реагирования [3]. Степень воздействия стрессовой ситуации на ребенка определяется следующими факторами: особенностями

индивидуального опыта ребенка, его адаптационными возможностями, включающими в себя не только психофизиологический потенциал, а также индивидуальные личностные реакции ребенка, характер и специфику его психологической защиты. В немногочисленных исследованиях зарубежных и отечественных психологов подчеркивается детерминирующая роль некоторых пролонгированных стрессовых факторов, оказывающих негативное влияние на соматическую сферу ребенка [9, 10, 26, 28]. Это неадекватные методы воспитания ребенка, развод родителей, дисгармоничная семья, трудные условия обучения ребенка, неприятие коллективом сверстников и др.

Важную роль играет уровень фрустрационной напряженности, особенности направленности и типа реагирования ребенка на конфликт. В наших исследованиях выявлено, что дети с импунитивной направленностью реакций (уход от конфликта) склонны к инактивному поведению на этапах лечения и реабилитации, у них наблюдается постоянный тревожно-депрессивный фон настроения, апатичность [17, 18, 16].

Особую роль в формировании ВКБ у детей играет самооценочный компонент личности, который формируется под влиянием жизненного опыта и к школьному возрасту образ становится более адекватным. Особое внимание психолог в процессе психологической помощи должен уделить защитным механизмам личности ребенка или подростка. Как правило, мы сталкиваемся с использованием неэффективных защитных механизмов у детей, направленных на преодоление тревожности и страха в связи с соматическим недугом [19]. В настоящее время, психологические защитные механизмы рассматриваются как процесс интрапсихической адаптации личности за счет подсознательной переработки поступающей информации [27, 29]. Формы защитного поведения складываются в онтогенезе постепенно. Как подчеркивала Анна Фрейд, каждый защитный механизм вначале формируется для овладения конкретным инстинктивным поведением и связан с конкретной стадией детского развития. И. М. Никольская и Р. М. Грановская отмечают, что побудителем формирования защитных механизмов являются возникающие в процессе онтогенеза различные виды тревоги, типичные для детей [27]. В процессе индивидуального обучения и развития ребенка формируется полноценная система

психологической защиты. Нередко наблюдаемое у детей и подростков с соматическими заболеваниями усиленное избегание тревоги и неосознаваемое стремление обойти имеющийся конфликт, по-разному проявляется в их поведении и требует тщательного анализа защитных механизмов. В нашем исследовании было выявлено, что защитными механизмами личности у детей дошкольного и младшего школьного возраста с бронхиальной астмой является уход от проблем и вытеснение [19]. В исследовании А. А. Вюрбергер, проведенном со здоровыми детьми младшего школьного возраста в количестве 101 человека было выявлено, что наиболее часто встречаются такие защитные механизмы как проекция, вытеснение и отрицание [6]. Анализ соотношения личностных характеристик и защитных психологических механизмов у детей с бронхиальной астмой показал, что такие личностные характеристики как доминантность, низкий самоконтроль, чувствительность к порицанию, способствуют у детей с бронхиальной астмой фиксации приступов удушья по истероидному типу, когда болезнь является средством избежать нежелательных ситуаций и достигнуть необходимой цели. Такие личностные качества как общительность и смелость способствуют у детей с бронхиальной астмой более рациональному подходу к своему заболеванию, активным поискам решения актуальных проблем. Чем выше уровень интеллектуального развития, тем больше дети с бронхиальной астмой склонны к реакциям самообвинения и часто проявляют реакции отрицания чьей-либо вины [19].

В более ранних исследованиях было выявлено влияние личностных особенностей ребенка не только на отношение к болезни, но и на процесс лечения. Дети с высоким уровнем притязаний, занимающие лидерские позиции, с высоким уровнем социальной активности, тяжело переживают болезнь, их адаптация в период лечения значительно снижена. Более успешно адаптация к болезни протекает у детей и подростков, имеющих тесные эмоциональные контакты с родителями и до болезни, а также у подростков с более узкой сферой потребностей в преморбиде [9, 18, 26].

В отечественной психологии психологическая помощь детям и подросткам рассматривается как в широком, так и в узком смысле этого понятия. В широком — психологическая помощь является системой психологических воздействий, направленных на исправление имеющихся недостатков в развитии ребенка. В узком

смысле — это один из способов психологического воздействия, направленный на гармонизацию развития личности ребенка, формирование его социальной активности, адаптации и межличностных отношений [21]. Традиционно в отечественной психологии выделяют три вида психологической помощи: психологическое консультирование, психокоррекцию и психотерапию, которые имеют разные цели и способы воздействия. Выделенные направления психологической помощи могут быть успешно использованы при работе со взрослыми, а психологическая помощь детям имеет иную структуру и задачи. Психологическую помощь детям и подросткам мы рассматриваем как сложную систему, включающую в себя различные блоки.

Все компоненты системы взаимосвязаны между собой, но каждый из них имеет свою специфику и содержательную направленность. Определяющую роль в этой системе занимают психологическое консультирование, психологическая коррекция, психологическая поддержка детей и родителей и психологическое сопровождение ребенка.

Сложность и своеобразие развития психики ребенка с хроническим соматическим заболеванием требует тщательного методологического подхода к его анализу. Разработка принципов как основополагающих отправных идей является чрезвычайно важной в теории и практике психологической помощи больному ребенку. Важным является принцип личностного подхода к больному ребенку, включающий в себя подход к ребенку как целостной личности, с учетом всей ее сложности и всех ее индивидуальных особенностей [34]. Психолог должен принимать любого ребенка и его родителей как уникальных, автономных индивидов, за которыми признается и уважается право свободного выбора, самоопределения, право жить собственной жизнью.

Второй принцип психологической помощи — это принцип единства диагностики и коррекции. Процессы психологической диагностики и коррекции являются взаимодополняющими, а не исключаящими друг друга. В самом процессе психологической коррекции заложен огромный диагностический потенциал. Например, психогенные переживания ребенка с тяжелым соматическим заболеванием с наибольшей глубиной отражаются не в бессистемном тестировании, а в процессе игровых методов, групповых занятий,

которые доступны ребенку и адекватно отражают его чувства и переживания, вызывают у ребенка позитивные эмоции.

Каузальный принцип (третий) психологической помощи детям с соматическими заболеваниями позволяет глубже сконцентрироваться не на внешних проявлениях заболевания, например степени удушья при астме, тике, двигательном беспокойстве и пр., а на действительных источниках, порождающих эти нарушения. Например, первопричиной эмоциональных и поведенческих нарушений у детей с соматическими заболеваниями могут быть как социальные факторы, так и биологические, а нередко сочетание обоих факторов. В зависимости от первопричины, разрабатывается стратегия психологической помощи, и дифференцируются ее методы. Если причиной эмоционального неблагополучия ребенка являются семейные конфликты, то психологическая помощь должна быть направлена на нормализацию детско-родительских отношений, а если стойкий астено-невротический синдром в связи с тяжелым соматическим заболеванием, то главной задачей является снижение эмоционального дискомфорта ребенка с помощью специальных методов.

Принцип комплексного подхода включает в себя клинико-психолого-педагогические воздействия. Клинический психолог должен владеть полной информацией о причинах и специфике заболевания ребенка, предстоящей тактике лечения, сроках госпитализации, перспективах медицинской реабилитации. Необходимо поддерживать тесный контакт с педагогическим персоналом стационара, использовать педагогические характеристики в процессе работы.

Принцип деятельностного подхода требует учета основного ведущего вида деятельности ребенка. Если это дошкольник, то работа должна проводиться в контексте игровой деятельности, если школьник, то учебной деятельности. В процессе психологической помощи психолог ориентируется не только на ведущий тип деятельности ребенка, но и на тот вид деятельности, который является лично значимым для ребенка (например, рисование, конструирование, моделирование). Особенно это важно при работе с детьми с выраженными эмоциональными нарушениями.

Принцип системного подхода, включающий в себя анализ психологических проблем не только ребенка, а всей семьи в целом.

Как правило, родители в процессе психологической помощи, особенно на первых ее этапах (консультирования) склонны избегать обсуждения внутрисемейных конфликтов, обращают внимание психолога на симптомы (страх оставаться одному в комнате, страх смерти и пр.) Возникновение фобии у соматически больного ребенка может быть связано с изменениями жизни семьи, системы отношений, а не с самой болезнью. Например, мать восьмилетнего мальчика с бронхиальной астмой в беседе с психологом активно скрывала нарушение эмоциональных контактов с мужем, подчеркивала, что фобии у ребенка связаны с его основным заболеванием и неприязненными отношениями учителей и сверстников к нему. В процессе работы с семьей перед психологом стоит задача установления оптимально-доверительных взаимоотношений между всеми участниками консультирования и коррекции, а также формирования новых приемов и способов их общения и поведения.

В процессе психологической помощи психолог должен уделить особое внимание взаимоотношениям в семье больного ребенка и особенностям его личностного реагирования на болезнь. Опыт нашей работы показывает, что толерантность к неблагоприятным взаимоотношениям больного ребенка как в семье, так и в социуме нередко обусловлена подавлением скрытой аффективности, агрессивности, враждебности в отношении к окружающим. Внешне такой ребенок кажется вполне спокойным, адекватным, однако психолог не может не заметить его чувствительность к любым проявлениям озлобленности по отношению к себе и к другим. Важнейшая задача психолога — помочь ребенку выявить, хотя бы частично, скрытые страхи, агрессивность, озлобленность, осознать их, показать, как она отражается в его поведении. В дошкольном и младшем школьном возрасте ребенок затрудняется в вербализации своих внутренних переживаний, свои эмоциональные проблемы он отражает как соматические. На первых этапах общения в процессе консультирования ребенок может много рассуждать о разнообразных болях, молчать или вообще не проявляет никакой мотивации к сотрудничеству с психологом. В связи с этим стоит важная задача перед психологом — обучать ребенка вербализации своих переживаний с помощью использования таких психокоррекционных технологий, как анализ различных эмоциональных ситуаций в

сказках, рассказах, ролевых играх ребенка с психологом, в фантазировании, незаконченных предложениях, в использовании цветовых ассоциаций и пр. Такие приемы не только повышают информированность психолога о проблемах ребенка, а также в определенной степени помогают ребенку осознать свои эмоциональные проблемы и вербализировать их. Сам процесс консультирования не может исчерпать всех задач психологической помощи ребенку и его семье. Однако психологическое консультирование является базовым звеном в системе психологической помощи детям и подросткам с соматическими заболеваниями [21]. От эффективности его проведения в значительной степени зависит направленность и эффективность психокоррекционной работы, психологического сопровождения и поддержки.

Центральным звеном психологической помощи является психологическая коррекция, в процессе которой необходимо учитывать сложную структуру особенностей психического развития детей и подростков с соматическими заболеваниями и таких факторов как социальная ситуация развития, выраженность изменений личности, связанных с имеющимся заболеванием и система детско-родительских отношений. Сложность, многообразие и специфика психических нарушений у детей с соматическими заболеваниями требуют системного подхода к разработке психокоррекционных технологий, которые мы рассматриваем как совокупность знаний о способах и средствах психологического воздействия [21]. Выбор термина «психокоррекционные технологии» обусловлен тем, что психокоррекционный процесс — это сложная система, включающая в себя стратегические и тактические задачи. Стратегические задачи касаются разработки психокоррекционных программ и психокоррекционных комплексов;

тактические задачи — разработки конкретных методов и психокоррекционных техник. Разработка психокоррекционных программ для детей и подростков должна быть направлена на гармонизацию их личностной структуры, семейных взаимоотношений и конструктивное решение актуальных психотравмирующих проблем. При составлении психокоррекционной программы необходимо выполнить следующие методические требования:

1. Четко сформулировать основные цели психологической коррекции.
2. Выделить круг задач, которые конкретизируют поставленную цель.
3. Определить содержание занятий с учетом специфики эмоциональных и поведенческих нарушений у детей и подростков, их структуры и степени тяжести.
4. Выбрать форму психокоррекционной работы с ребенком или подростком (индивидуальную, групповую или семейную).
5. Определить формы и направления профессиональных контактов с другими специалистами, работающими с ребенком или подростком (врач-педиатр, врач-невропатолог, педагог, социальный педагог, учитель, родители и другие члены семьи).
6. Отобрать соответствующие психокоррекционные методы с учетом возраста, психологических особенностей и конкретных проблем ребенка (подростка).
7. Предварительно разработать методы анализа и оценки динамики психокоррекционного процесса.

В практике психологической коррекции традиционно выделяются три основных вида психологической коррекции: общая, специальная, дифференцированная [21]. Каждый из этих видов имеет специфические задачи и направленность в зависимости от степени тяжести заболевания, специфики личностного развития ребенка и особенностей микросоциального окружения, включающих родительские отношения к ребенку и болезни, и стилей семейного воспитания (табл. 1).

Таблица 1.

Виды психологической коррекции и их особенности у детей с соматическими заболеваниями

Вид психологической коррекции	Стратегические задачи	Тактические задачи	Психотехники
Общая психокоррекция	Гармонизация развития личности ребенка (подростка) с соматическими заболеваниями	Организация жизнедеятельности ребенка (подростка) в	Знакомство психолога с социальным окружением ребенка (подростка).

		социуме (в школе, в семье и пр.) с учетом его реальных и потенциальных возможностей.	Рекомендации родителям, педагогам, направленные на охранительностимулирующий режим для ребенка или подростка, оптимизацию его коммуникативного и эмоционального потенциала в процессе жизнедеятельности
Специальная психокоррекция	Организация конкретных психокоррекционных воздействий с учетом возрастных, психологопедагогических особенностей ребенка (подростка)	Разработка и использование различных психокоррекционных методов: игротерапия, арттерапия, психорегулирующая гимнастика и пр. с учетом клинических, возрастных и личностных особенностей ребенка (подростка)	Направленные ролевые игры в занятиях, арттерапия, музыкотерапия и пр. в форме семейных, групповых или индивидуальных занятий с ребенком (подростком)
Дифференцированная психокоррекция	Ориентация на коррекцию конкретных проблем у детей и подростков с соматическими заболеваниями с учетом индивидуальнотипологических, клиникопсихологических особенностей	Разработка индивидуальных психокоррекционных программ, направленных на коррекцию конкретных нарушений у ребенка (подростка). Например,	Специальные игры, занятия в рамках индивидуальных занятий и семейной психокоррекции

		аффективность, агрессивность, некоммуникабельность и пр.	
--	--	--	--

При разработке психокоррекционных технологий целесообразно использовать методы онтогенетической ориентации, которые предполагают возврат ребенка и родителей к ранним этапам общения и поведения. Можно использовать также ролевые игры в семейной группе (родитель–ребенок), содержание которых составляли ранние детские воспоминания о счастливых и несчастливых пережитых ситуациях. Детям и подросткам можно предложить обыграть эти ситуации в присутствии родителей или изобразить их в рисунках. Разыгрывания ролевых ситуаций целесообразно проводить с детьми и подростками, у которых наблюдается неуверенность, неумение постоять за себя, имеющих страхи неудач, а также для детей с низким коммуникативным потенциалом. Для решения индивидуальных проблем подростка целесообразно использовать психодраматические игры, которые помогают им глубже понять свои неосознаваемые мотивы, скрытые желания и страхи, истинные отношения и установки. Целесообразно использовать психотехнику «проективные рисунки», основная функция которой — выявление и понимание трудновербализуемых проблем и переживаний детей и подростков с соматическими заболеваниями. Эффективность психологической помощи в значительной степени зависит от воздействия на социально-психологическую среду, в которой находится ребенок или подросток с соматическими заболеваниями. Успешность такого воздействия можно обеспечить посредством психологического сопровождения, которое рассматривается как деятельность психолога, направленная на создание комплексной системы клинико-психологических, психолого-педагогических и психотерапевтических условий, способствующих успешной адаптации, реабилитации и личностному росту детей в социуме (таких его институтах как школа, семья, медицинское учреждение и пр.) [20]. Сопровождение — это особая форма осуществления пролонгированной социальной и психологической помощи (патронажа), осуществляемая психологом, и направленная на создание оптимальных психологических условий для гармоничного развития личности больного ребенка. Особенно в психологическом сопровождении нуждаются семьи с тяжелобольным

ребенком [33]. Психологическое сопровождение является динамическим процессом, который необходимо рассматривать как целостную деятельность психолога, содержащую пять взаимосвязанных компонентов:

1. систематическое отслеживание клинико-психологического и психолого-педагогического статусов ребенка (подростка) в динамике его психического развития;
2. создание социально-психологических условий для эффективного психического развития ребенка (подростка) в социуме;
3. систематическая психологическая помощь ребенку (подростку) в виде консультирования, психокоррекции, психологической поддержки;
4. систематическая психологическая помощь родителям и родственникам;
5. организация жизнедеятельности ребенка (подростка) в социуме с учетом его психических и физических возможностей.

Определяющее значение в эффективности психологического сопровождения детей и подростков с соматическими заболеваниями имеет конструктивный контакт психолога не только с родителями, но и с педагогами школы, где обучается ребенок и с врачом, который его постоянно наблюдает.

Важным звеном в системе психологической помощи является психологическая поддержка, которая осуществляется в двух основных направлениях:

- психологическая поддержка самих детей и подростков;
- психологическая поддержка их родителей и других родственников.

Психологическая поддержка обычно используется как продолжение психологической помощи детям, которые уже прошли курс психологической коррекции.

Основная цель психологической поддержки детей и подростков с соматическими заболеваниями — это стабилизация и поддержание их адаптации в социуме, а также предотвращение рецидива эмоциональных и поведенческих расстройств. Психологическая поддержка должна осуществляться психологом, который оказывал психологическую помощь детям и подросткам на предшествующих этапах. После окончания психокоррекционных занятий дети и подростки с соматическими заболеваниями еще некоторое время

могут оставаться под наблюдением психолога, которое осуществляется в форме социально-психологического патронажа. Цели и задачи психологического патронажа зависят от тяжести и формы эмоциональных и поведенческих расстройств, а также от социальных условий, в которых воспитывается ребенок или подросток. Важной задачей является предупреждение эмоциональных и поведенческих срывов. Как отмечалось выше, психосоциальными детерминантами эмоциональных и поведенческих расстройств могут быть изоляция от сверстников в связи с заболеванием, страдание от постоянных болей и изнурительных медицинских процедур, естественное стремление детей и подростков к самоутверждению и самореализации, а также обида на родителей, неудовлетворенность в межличностных контактах со сверстниками и родственниками, личностная незрелость. Психологическая поддержка детей и подростков с соматическими заболеваниями направлена на решение конкретных задач.

1. Поддержание социально-психологического статуса ребенка и подростка в семье, школе, группе и пр.

2. Помощь ребенку и подростку в самореализации, ориентированной на формирование адекватной самооценки и саморегуляции поведения.

3. Помощь ребенку и подростку в осознании и разрешении конфликтных ситуаций и проблем внутриличностного и межличностного характера.

Следует подчеркнуть, что психологическая поддержка может осуществляться не только профессиональными психологами, но и педагогами, родителями, родственниками и даже сверстниками ребенка или подростка при тесном контакте с психологом.

Способы психологической поддержки многообразны. Наиболее распространенными являются профилактические беседы с ребенком или подростком. Психолог в процессе направленных бесед с ребенком или подростком в проективной форме должен обратить его внимание на ситуации, события, конкретных людей, которые могут спровоцировать эмоциональный срыв. Например, психолог может задать подростку такой вопрос: «Представь, что твой одноклассник начал неожиданно обзывать тебя, оскорблять, говорить, что ты неудачник, больной и пр. Что можно сделать в такой ситуации, как на нее прореагировать?». В процессе профилактической беседы

психолог совместно с ребенком или подростком должен в деталях обсудить выбранную стратегию поведения в предполагаемой ситуации. Для успешного решения этой задачи нужно предварительно выяснить, какие конкретные лица могут спровоцировать негативное поведение у детей (подростков). После этого психолог оценивает отношение ребенка или подростка к трудной ситуации, факторы, которые помогут им предотвратить срыв. Затем предлагаются альтернативные варианты поведения, и оценивается отношение ребенка (подростка) к ним, подчеркивается конструктивность и выгодность избранного варианта поведения. В процессе беседы с детьми и подростками следует избегать формальных и директивных форм общения, навязывая подростку те или иные варианты поведения. Такой способ общения является крайне неэффективным и может негативно отразиться на психологическом контакте с ребенком (подростком). Важным фактором в процессе взаимодействия является позитивная установка ребенка или подростка на общение с психологом, педагогом, врачом или другим специалистом, участвующим в психологической поддержке ребенка и подростка.

Психологическая поддержка необходима не только детям и подросткам с соматическими заболеваниями, но и их родителям, особенно в семьях, где у детей наблюдаются тяжелые формы заболевания, наличие у ребенка эмоциональных, поведенческих расстройств и когнитивных расстройств. Психологическая поддержка родителей — это система мер, направленных на:

1. Снижение эмоционального дискомфорта родителей в связи с заболеваниями детей.
2. Поддержание уверенности родителей в возможностях социально-психологической и психической адаптации детей.
3. Формирование у родителей адекватного отношения к психологическим проблемам детей и к лечебному процессу
4. Сохранение адекватных родительско-детских отношений и стилей семейного воспитания.

Переживание семейного стресса, вызванного заболеванием ребенка, по-разному отражается на семейном функционировании. Условно можно выделить несколько этапов семейного стресса в связи с болезнью ребенка: острый (или аффективный), гностический и поведенческий. Длительность каждого этапа зависит от тяжести болезни у ребенка, от особенностей защитных механизмов личности

родителей и специфики межличностных отношений в семье.

Аффективный этап, как правило, начинается после того, как родители узнали от врачей о тяжелом заболевании у ребенка. На этом этапе родители и другие родственники часто испытывают чувства безысходности, катастрофы, отчаяния. В их оценке ситуации преобладает аффективный компонент. Смягчение эмоционального напряжения у родителей вполне возможно. В значительной степени оно определяется действиями всех специалистов, особенно врачей, принимающих участие в судьбе ребенка. Врачу следует подробно и доходчиво рассказать родителям о состоянии их ребенка, обратить внимание родителей на необходимость всесторонней целенаправленной медицинской помощи ему. В процессе беседы с родителями специалист должен акцентировать внимание родителей на конкретных планах помощи ребенку в настоящий момент и в ближайшем будущем. При прохождении этого периода, прежде всего, необходима согласованность в действиях родителей и других членов семьи. На этом этапе родители могут использовать различные способы выхода из стрессовой ситуации, которые в значительной степени зависят не только от остроты и аффективной значимости ситуации, но и от особенностей личности самих родителей. Бессознательное стремление избавиться от неприятных эмоциональных состояний, связанных с проблемой ребенка, активизирует действие защитных механизмов. В экспериментально-психологических исследованиях особенностей защитных механизмов было выявлено, что у родителей здоровых детей наблюдались как компенсаторные, так и пассивные защитные механизмы, а у родителей детей с проблемами в развитии (интеллектуальными, эмоционально-волевыми, поведенческими) преобладали деструктивные виды защитных механизмов (реактивные образования, проекция и пр.) [24, 29]. Из пассивных защитных механизмов у родителей детей с тяжелыми соматическими заболеваниями наиболее часто встречается отрицание, что проявляется в уменьшении серьезности возникшей проблемы у ребенка, а иногда полного отрицания ее. Как показывает опыт нашей работы, этот пассивный защитный механизм наблюдается у многих родителей, особенно у отцов. Они нередко отрицают, не принимают наличие существенных проблем у ребенка или стараются уменьшить серьезность возникающей для ребенка угрозы. Проекция, как пассивный

защитный механизм, проявляется в переносе личностью собственных, чаще негативных, характеристик на других людей. При таком способе психологической защиты родители ищут виновных в болезни ребенка, упрекают врачей, педагогов, прародителей и пр. Такое поведение помогает родителям самоутвердиться, однако этот способ психологической защиты является неконструктивным: нередко он приводит к конфликтам с окружающими и эмоциональному отчуждению от ребенка. Реактивные образования (или «формирование реакций») как защитный механизм проявляются в том, что иногда человек может скрывать от самого себя мотив собственного поведения, подавляя его, и сознательно поддерживать мотив противоположного типа. Например, бессознательная неприязнь к болезни ребенка может выражаться в особом внимании к нему и его потребностям. Такие родители могут активно заниматься общественной работой, организовывать различные родительские ассоциации, уделять много времени чтению медицинской литературы, но недостаточно времени уделяют своему больному ребенку, не всегда прислушиваются к мнению врачей, ищут альтернативные методы лечения (знахари, экстрасенсы и пр). Рационализация — защитный механизм, который заключается в разумном оправдании любого поступка. Данный защитный механизм чаще проявляются у отцов, которые уходят в работу и мало интересуются конкретными проблемами больного ребенка. Особенности защитных механизмов проявляются в спонтанных высказываниях родителей. Например, в беседе с психологом мать мальчика с бронхиальной астмой утверждает, что «нужно максимально помочь ребенку, лечить его, заниматься с ним», в то время как отец фокусируется на другом: «Мой ребенок инвалид, что с ним будет дальше? Что я скажу своим знакомым, друзьям, родителям?». Если у матери прослеживается четкая конструктивная позиция в данной ситуации (желание помочь ребенку), то у отца — деструктивная, характеризующаяся излишней эмоциональной фиксацией на проблеме. Анализ особенностей психологических защит каждого из родственников, выделение конструктивного лидера семьи и привлечение его к работе с ребенком являются определяющими задачами в процессе работы психолога с ребенком (подростком) и родителями.

На гностическом этапе семейного стресса происходит вторичная оценка родителями проблемы ребенка и выработка

альтернативных возможностей для ее решения. Параллельно с этим осуществляется оценка собственных возможностей родителей и возможностей поддержки окружающих (родственников, друзей, специалистов и пр.). Именно в этот период у родителей, как правило, формируется чувство вины. Родители склонны обвинять себя и других членов семьи в развитии проблемы у ребенка. Нередко чувство вины может сочетаться со скрытыми агрессивными реакциями по отношению друг к другу или к самому ребенку. На данном этапе психолог должен очень внимательно отнестись к вопросам родителей, в доступной форме рассказать им об особенностях личностных и поведенческих проблем ребенка в связи с тяжелой болезнью. Нередко, сами врачи пытаются решать проблемы родителей, успокаивать их, доказывать, что никто не виноват и пр. Однако такие беседы не всегда имеют положительное значение. Следует помнить, что не только болезнь, но и развитие ребенка является значимым фактором в его адаптации, и поддерживающая роль психолога на данном этапе высоко значима для родителей.

Поведенческий этап начинается тогда, когда у родителей уже сформирована четкая позиция по отношению к проблеме ребенка, и эта позиция проявляется на поведенческом уровне. Родители определяют для себя стратегические и тактические задачи помощи ребенку. Процесс реализации психологической поддержки родителей длителен и требует обязательного комплексного подхода, что предусматривает участие не только специалиста-психолога, но и врача, социального педагога. Однако главная роль в этом процессе, безусловно, принадлежит психологу. Психолог разрабатывает конкретные мероприятия, направленные на психологическую поддержку родителей, в зависимости от имеющихся проблем, особенностей семейного воспитания и внутрисемейного взаимодействия. Опыт нашей работы показывает высокую эффективность организации родительских сообществ, направленных на взаимную поддержку, обмен информацией, организацию совместного досуга с тяжело больным ребенком и пр. Психологическая поддержка родителей осуществляется не только в форме организации их взаимодействия с родителями со сходными проблемами, но и в форме индивидуальных психотерапевтических бесед с психологом о трудностях семьи, семейных взаимоотношениях. В процессе психотерапевтической работы с

семьей психолог помогает родителям разрешать межличностные конфликты, связанные с проблемами воспитания ребенка. Следует отметить, что главным направлением психотерапевтической работы психолога с семьей ребенка (подростка) является активное включение родителей в медико-социальную реабилитацию ребенка, основанную на объективном, реалистическом подходе к перспективам дальнейшего его психического и физического развития.

Мы рассмотрели основные блоки психологической помощи детям с соматическими заболеваниями. Однако психологическая помощь не ограничивается только этими формами. Важное значение имеет психологическая диагностика и прогностика детей и подростков с тяжелыми соматическими заболеваниями. Любое психологическое воздействие, а именно: консультирование, психологическая коррекция, психологическое сопровождение или поддержка детей и подростков с соматическими заболеваниями требует обязательного участия семьи ребенка в целом. Только при таком системном подходе возможны позитивные результаты психологического вмешательства. Эффективность психологической помощи зависит как от профессионального уровня психолога, так и от уровня психологических знаний педагогов, врачей и других специалистов, окружающих детей и подростков с соматическими заболеваниями. Только в процессе тесного профессионального сотрудничества возможно добиться успехов в адаптации и гармонизации личности с тяжелыми соматическими заболеваниями.

ЛІТЕРАТУРА

1. Александер Ф., Селесник Ш. Человек и его душа. - М., 1995.
2. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. – М.: Перрлс, 2000. – 296 с.
3. Александровский Ю. А. Психические расстройства в общей медицинской практике и их лечение. – М.: ГЕОТАРМЕД, 2004. – 240 с.
4. Александровский Ю. А. Посттравматическое стрессовое расстройство и общие вопросы развития психогенных заболеваний // Российский психиатрический журнал. – 2005. - №1. – С. 4-12.
5. Арина Г. А., Тхостов А. Ш. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни//Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии/Под ред. М. М. Кабанова. Л.: Изд-во Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В. М. Бехтерева, 1990. - С. 32-38.
6. Арина Г. А. , Николаева В. В. . От традиционной психосоматики к психологии телесности // Вестник Московского университета, 1996. - № 2.
7. Атаманов А. А., Буйков В. А. Особенности тревожных синдромов при психосоматических заболеваниях: о правомочности понятия «психосоматическая тревога» // Соц. и клинич. психиатрия. – 2000. - № 4. – С. 16-20.
8. Бауэр И. Принцип человечности: Почему мы по своей природе склонны к кооперации/ Пер. с нем. И. Тарасовой. СПб.: Издательство Вернера Регена, 2009. - 152 с.
9. Барденштейн Л. М. Нейромедиаторы и депрессия (обзор литературы) // Росс. психiatr. журнал. – 2004. - № 2. – С. 54-59.
10. Березин Ф. Б., Мирошников М. П. Эмоциональный стресс и психосоматические расстройства. Подходы к терапии // *Materia medica*. – 1996. - № 1(9). – С. 29-56.
11. Бодров В. А. Когнитивные процессы и психологический стресс // Психол. журнал. – 1996. – Том 17. - №4. – С. 64-74.
12. Боулби Дж. Привязанность. - М.: Академический проект, 2003 – 447 с.

13. Братусь, Б.С. Аномалии личности / Б.С.Братусь. – М.: Медицина. – 1988. – 280 с.
14. Браун Дж. Психология Фрейда и постфрейдисты. - М., 1997.
15. Бриш К. Х. Терапия нарушения привязанности: от теории к практике. Пер.с нем. - М.: Когито-Центр, 2012. - 316 с.
16. Бурлачук Л. Ф., Коржова Е. Ю. Психология жизненных ситуаций. – М.: Медицина. – 1998. – 263 с.
17. Быков К. М. Кора головного мозга и внутренние органы. – М., 1947. – 285 с.
18. Вассерман Л. И., Бочаров В. В., Сергеев В. А. и др. Исследование особенностей и уровня самооценки в системе интерперсональных отношений у больных с невротическими и невротоподобными расстройствами различного генеза // Психологическая диагностика при нервно-психических и психосоматических заболеваниях/ /Под ред. М. М. Кабанова. Л.: Изд-во Ленингр. науч-исслед. психоневрол. ин-та им. В. М. Бехтерева, 1990. - С. 65-73.
19. Ванчакова Н. П. Современный тезаурус тревожных расстройств и факторы, лежащие в его основе // Психосоматическая медицина. – 2007: Материалы 2-го Международного конгресса. – СПб, 2007. – С. 56-58.
20. Василенко М. А. Привязанность ребенка к матери как фактор ранней социализации. Дисс. ... канд.пс. наук, 19.00.05. - Курск, 2011. - 232 с.
21. Веин А. М., Молдоваиу И. В. Нейрогенная гипервентиляция. Кишинев, 1988.
22. Вейн А. М., Воробьева О. В., Дюкова Г. М. Стресс, депрессия и психосоматические заболевания // М., Издательство фармацевтической фирмы Servier. – 2003. – С. 7.
23. Вербицкий Е. В. Психофизиология тревожности. – Ростов н/Д: Изд-во Рост. гос. ун-та, 2003. – 191 с.
24. Выготский Л. С. Из записных книжек//Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология, 1977. - № 2. - С. 89-95.
25. Выготский Л. С. Из записных книжек //Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология, 1982. - № 1. - С. 60-67.
26. Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные расстройства. –

- М.: Триада-Х, 2000. – 256 с.
27. Горячева Т. Г. Роль детско-родительских отношений в психическом развитии подростков, оперированных по поводу врожденного порока сердца в раннем возрасте // Автореф. дисс. канд. психол. наук. - М., 1995.
 28. Гоштаутас А., Шинкарева Л. Связь между инфарктом миокарда и смертности от этого заболевания с депрессией // Теория и практика медицины. – 2000. - № 3(31). – С. 182-187.
 29. Гоштаутас А. А. Психологические (поведенческие) факторы, связанные с риском ишемической болезни сердца // Современные формы и методы организации психогигиенической и психопрофилактической работы/Под ред. М. М. Кабанова. - Л.: Изд-во Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В. М. Бехтерева, 1985. - С. 60-66.
 30. Гроф Ст. Холотропное сознание. - М., 1996.
 31. Губачев Ю. М., Стабровский Е. М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. - Л.: Медицина, 1981.
 32. Давыдов Д. М., Лаврова Т. Н. Некоторые психофизиологические аспекты психогенной депрессии у женщин // Рос. психиатр. журн. – 2004. – № 4. – С. 9-16.
 33. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС / Р. Г. Оганов, Л. И. Ольбинская, А. Б. Смулевич и др. // Кардиология. – 2004. - № 1. – С. 48-55.
 34. Дереча В. А., Балашова С. В. Роль типологии психотравмирующих переживаний в оформлении клинической картины соматоформных расстройств // Соц. и клинич. психиатрия – 2007. - № 1. – С. 23-27.
 35. Дмитриева Н. В., Глазачев О. С. Электрофизиологические и информационные аспекты развития стресса // Успехи физиологических наук. – 2005. – Т. 36. - № 4. – С. 57-74.
 36. Дорожевец А. Н. Искажение образа физического Я у больных ожирением и нервной анорексией // Автореферат дисс. канд. психол. наук. - М., 1986.
 37. Дрыгваль ЛЕ Социально - психологический генезис психосоматических расстройств здоровья в дисфункциональной семье//Вестник университета (Гос. университет управления) - М, 2007 - № 4(30)

38. Зараковский Г. М., Медведев В. И., Казакова Е. К. Психологические и физиологические проявления процесса адаптации населения России к новым социально-экономическим условиям // Физиология человека. – 2007. – Том 33. - № 1. – С. 5-14.
39. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. - СПб.: Речь, 2005. — 400 с.
40. Каппони В., Новак Т. Сам себе авторитет. - СПб., 1995.
41. Карвасарский Д. Б. Медицинская психология. - Л.: Медицина, 1982.
42. Карвасарский Б. Д., Простомолов В. Ф. Невротические расстройства внутренних органов. – Кишинев, 1988. – 164 с.
43. Карвасарский Б. Д. Неврозы. – М.: Медицина, 1990. – 448 с.
44. Клиническая психология: Учебник / Под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2008. – 960 с.
45. Ковалев Ю. В. Тревога и депрессия: клинико-феноменологические сходства и различия (аналитический обзор) // Рос. психiatr. журн. – 2004. - № 1. – С. 45-49.
46. Коркина М. В., Мариллов В. В. Роль психосоматических циклов в генезе психосоматических заболеваний // Журнал. неврол. и психиатр. – 1998. – Т. 98. - № 11. – С. 30-32.
47. Коростелева И. С., Ротенберг В. С. Проблема алекситимии в контексте поведенческих концепций психосоматических расстройств // Телесность человека: междисциплинарные исследования / Под ред. В. В. Николаевой, П. Д. Тищенко. - М.: Изд. Филос. об-ва, 1991. С. 136-144.
48. Косенков Н. И. Физиологические механизмы психологической адаптации при психосоматической патологии: Дис. ... д-ра мед. наук. – СПб, 1997. – 298 с.
49. Краснов В. М. Психиатрические расстройства в общемедицинской практике // Русский медицинский журнал. – 2002. - № 25 (144). – С. 1187-1191.
50. Кришталь В. В. Психосоматическая патология: генез и подходы к коррекции // Междунар. медицин. журнал. – 2001. - № 1. - С. 37-40.
51. Крылов А. А., Крылова Г. С. Неврозы в современной клинике

- внутренних болезней // Клиническая медицина. – 1998. - № 9. – С. 60-63.
52. Кулаков С. А. Психосоматика. – СПб.: Речь, 2010. – 320 с.
53. Курпатов В. И., Титова В. В. Механизмы формирования психосоматических расстройств с позиции биопсихосоциального подхода // Психосоматическая медицина. – 2007: Материалы 2-го Международного конгресса. – СПб, 2007. – С. 3-13.
54. Курцин И. Т. Теоретические основы психосоматической медицины. – Л.: Наука, 1973. – 336 с.
55. Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология. – М.: Медицина, 1987. – 271 с.
56. Латышева М. А. Проблема психосоматического развития в детском возрасте: подходы и методы исследования // Научный часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія № 12. Психологічні науки: Збірник наукових праць. - К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. –№ 36 (60). – С. 357-362.
57. Лоуэн А. Психология тела. - М., 1997.
58. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. – СПб, 1994. – С. 3-13.
59. Малькина-Пых И. Г. Психосоматика: определение понятия.– СПб: Эксмо, 2003. – 180 с.
60. Марилов В. В. Переход функционального расстройства в органический психосоматоз // Журнал неврологии и психиатрии. – 2006. - № 1. – С. 21-23.
61. Маслоу А. Психология бытия. – М., 1997. – 102 с.
62. Маховская Т. Г. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы в структуре пограничных психических расстройств (клинико-эпидемиологическое исследование) // Рос. психiatr. журн. – 2004. - № 3. – С. 19-22.
63. Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. Неврология и психосоматическая медицина.– М.: Медпресс-инфрм., 2002. – 608 с.
64. Менделевич В. Д. Современные представления о психологических механизмах неврозогенеза // Рос. психiatr. журн. – 2005. - № 3. – С. 4-7.
65. Механизмы развития соматической патологии у лиц с

- длительным психоэмоциональным переживанием / С. В. Дударенко, С. Н. Шуленин, А. А. Новицкий и др. // Психосоматическая медицина. – 2007: Материалы 2-го Международного конгресса. – СПб, 2007. – С. 76.
66. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. - М.: Изд-во Моск.-. ун-та, 1987.
67. Николаева В. В. Личность в условиях хронического соматического заболевания // Автореферат дисс. докт. психол. наук. - М., 1992.
68. Ольбинская Л. И. О проблеме депрессии в терапевтической практике. Что показала программа КОМПАС? // Тер. архив. – 2005. - № 10. – С. 85-89.
69. Органные невроты как психосоматическая проблема / А. Б. Смулевич, А. Л. Сыркин, С. И. Рапопорт и др. // Журнал неврол. и психиатр. – 2000. – Т. 100. – № 12. - С. 4-12.
70. Панин Л. Е., Соколов В. П. Психосоматические взаимоотношения при хроническом эмоциональном напряжении. - Новосибирск: Наука, 1981. – 177 с.
71. Парцерняк С. А. Стресс. Вегетозы. Психосоматика. – СПб: А.В.К., 2002. – 384 с.
72. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. - М.: Медицина, 1996.– 464 с.
73. Попков В. М. , Черненко Ю. В. и др. Факторы, влияющие на развитие психосоматических патологий // Bulletin of Medical Internet Conferences, 2011. Volume 1. Issue 7. - Саратов, 2011.
74. Психосоматика: взаимосвязь психики и здоровья: Хрестоматия / Под ред. К. В. Сельченко. – Минск: Харвест, 1999. – 640 с.
75. Психосоматические заболевания: Справочник / Под ред. докт. мед. наук., проф., члена-корр. РАЕ и РЭА Ю. Ю. Елисеева. – М., 2003. – 369 с.
76. Психосоматические расстройства: Тринадцатый доклад Комитета экспертов ВОЗ по психогигиене. – ВОЗ. - Женева, 1965.
77. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) / А. Б.Смулевич, А. Л.Сыркин, В. Н.Козырев и др. // Журнал неврол. и психиатр. – 1999. – Т. 99. - № 4. – С. 4-16.

78. Психосоматические расстройства в практике терапевта / Под ред. В. И. Симаненкова. – СПб, 2008. – 335 с.
79. Ромасенко Л. В. Депрессивные расстройства в общей медицинской практике / Тер. архив. – 2006. - № 10. – С.5-8.
80. Ротенберг В. С. Психонейроиммунология – новый аспект старой проблемы // Природа. – 1991. – № 2. – С. 29-31.
81. Румянцева Г. М., Степанов А. Л. Посттравматическое стрессовое расстройство при разных типах стрессового воздействия // Рос. психиатр. журнал. – 2006. - № 1. – С. 42-47.
82. Сапарова И. А. Особенности смысловой регуляции деятельности при ипохондрических состояниях различного генеза // Автореф. дисс. канд. психол. наук. - М., 1989.
83. Сидоров П. И., Соловьев А. Г., Новикова И. А. Психосоматическая медицина. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – С. 13-63.
84. Симоненко И. А. Взаимосвязь качества контакта матери и младенца 3-4 месяцев с ранними психосоматическими нарушениями «Здоровье семьи – 21век», электронное периодическое издание ISSN 2077-2548. - Пермь. - 4 (4). - 2012.
85. Симоненко И. А. Изучение привязанности и ее влияния на психическое развитие детей раннего детского возраста // Российский научный журнал. – 2011. - №5. - С.177-183.
86. Симоненко И. А. Качество привязанности ребенка к матери как фактор развития психосоматических расстройств у детей / <http://www.centerdoverie.ru/index.php?view=article&id=57>.
87. Смулевич А. Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Т. 2. - № 2. – С. 35-39.
88. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине. – М.: Медицинское информационное агентство, 2001. – 253 с.
89. Смулевич А. Б., Дудницкая Э. Б., Ильина Н. А. Расстройства личности: актуальные аспекты систематики, динамики и терапии // Психиатрия. – 2003. - № 5. – С. 7-16.
90. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. - М.: Медицинское информационное агентство, 2003.– 425 с.
91. Соколова Б. Т. Самосознание и самооценка при аномалиях

- личности. - М.: Изд-во МГУ, 1989. - 213 с.
92. Солдатова О. Г., Савченков Ю. И., Шило С. Н. Темперамент человека как фактор, влияющий на уровень здоровья // Физиология человека. – 2007. – Т. 33. - № 2. – С. 76-80.
93. Сукиасян С. Г., Манасян Н. Г., Чшмаритян С. С. Соматизированные психические нарушения // Журнал неврологии и психиатрии. – 2001. - № 2. – С. 57-61.
94. Сулова Е. А. Психологические условия развития повышенного артериального давления у подростков // Автореферат дисс. канд. психол. наук. - М., 1991.
95. Стерн Д. Н. Межличностный мир ребенка: взгляд с точки зрения психоанализа и психологии развития - СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2006. – 376 с.
96. Тадевосян А. Стрессология как теоретическая концепция стрессовых расстройств (аналитический обзор) // Рос. психиатр. журнал. – 2006. - № 6. – С. 86-92.
97. Тарасенко Е. П. Выявление и оценка психосоматических взаимосвязей в клинике внутренних болезней: Дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 1999. – 167 с.
98. Ташлыков В. А. Психологическая защита у больных неврозами и психосоматическими расстройствами. – СПб: МАПО, 1997. – 24 с.
99. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986. – 384 с.
100. Тхостов А. Ш. Интрацепция в структуре внутренней картины болезни // Ав-тореферат дисс. канд. наук. М.. 1991.
101. Фолков Б. Эмоциональный стресс и его значение для развития сердечно-сосудистых заболеваний // Кардиология. – 2007. - № 10. – С. 4-11.
102. Фрейд З. Психология и защитные механизмы. – М., 1993. – 120 с.
103. Фуко М. Забота о себе. - М., 1998.
104. Чехлатый Е. И. Клинико-психо-физиологические закономерности формирования невротического синдрома: Автореферат дис. ... докт. мед. наук; Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева. – СПб, 2008. – 28 с.
105. Чухрова М. Г., Леутин В. П. Психосоматическая патология как

- результат состояния незавершенной адаптации
// Психосоматическая медицина. – 2007: Материалы 2-го
Международного конгресса. – СПб: Реноме, 2007. – 162 с.
106. Шмаргун В. М. Психосоматична гармонізація розвитку людини
/ Social-science@com.ua
107. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Семенная психотерапия. -
Л.: Медицина, 1990.
108. Юнг К. Психологические типы. – М.: Прогресс-Универс;
СПб: Ювента, 1995. – 716 с.
109. Alexander F. Current problems in Psychosomatic Medicine
// Psychosom. – 1964. – Vol. 5. – P. 330.
110. Janca A., Isaac M., Costa J. A. e Silva World Health Organization
international study of somatoform disorders – background and
rational // Eur. J. Psychiatry. – 1995. - № 9. – P. 373-378.
111. Mental stress induces prolonged endothelial dysfunction via
endothelin-A receptors / L.E.Speieker, D. Hurlimann, F. Ruschizka
et. el. // Circulation. – 2002. – 24. – P. 2817-2821.
112. Soukiassian S., A.Manassian. Aggression and human pathology:
somatized mental disorders // XI World Congress of Psychiatry. –
1999. – Vol. 2. – P. 155-156.

МЕТОДИЧНЕ ВИДАННЯ

**ПСИХОСОМАТИКА: ПСИХІЧНЕ, ТІЛЕСНЕ,
СОЦІАЛЬНЕ**

ХРЕСТОМАТІЯ

***Навчальний посібник
для студентів вищих навчальних закладів***

Доктор психологічних наук, професор Г. П. Мозгова

Кандидат психологічних наук, доцент Т. І. Ханецька

Кандидат філософських наук, доцент О. І. Якимчук

В авторській редакції.

Віддруковано з готового оригіналу-макета.



Підписано до друку 28.01.2021 р. Формат 60x84/16.

Папір офісний. Гарнітура Times New Roman.

Ум. др. арк. 22,26. Обл.-вид. арк. 19,09

Наклад 300 прим. Зам. № 032.

Віддруковано з оригіналів.

Видавництво Національного педагогічного університету
імені М.П. Драгоманова. 01601, м. Київ-30, вул. Пирогова, 9
Свідоцтво про реєстрацію ДК № 1101 від 29.10.2002. (044) 234-75-87
Віддруковано в друкарні Національного педагогічного університету
імені М.П. Драгоманова (044) 239-30-26