Составители: Габбасова Э.Р., Дереча Г.И., Киреева Д.С.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

**Модуль 1. Теоретические и прикладные аспекты психологии телесности.**

**Тема №1.**

**Тема:** Теоретические и прикладные аспекты психологии телесности.

**Вопросы:**

1. Определение понятия «телесность». Психология телесности.

2. История становления психологии телесности.

3. Основные категории психологии телесности («физическое Я», «образ тела», «схема тела»).

4. Роль тела в коммуникации. Классификация невербальных средств общения.

5. Психология телесности и психосоматика.

6. Роль культуры в развитии психосоматического симптома. Транскультурная психосоматика.

7. Психоаналитическая трактовка психосоматических симптомов.

8. Представления В. Райха о «характерном панцире». Психологический анализ мышечных зажимов.

9. Концепция патологии в рамках биоэнергетического анализа А. Лоуэна.

10. Символический язык тела.

**Основные понятия темы:** телесность, психология телесности, образ тела, схема тела, физическое «Я», транскультурная психосоматика, конверсия, психосоматическая специфичность эмоций, вегетативный невроз, де- и ресоматизация, алекситимия, мышечный зажим, заземление.

**Рекомендуемая литература:**

1. Патопсихология телесности и соматоформных расстройств: учебное пособие/ Э.Р. Габбасова, Д.С. Киреева, Г.И. Дереча, С.В. Балашова; ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава РФ. – 2016. – 162 с.
2. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика : справочное издание/ И. Г. Малкина-Пых. - М.: Эксмо, 2009. - 1024 с.
3. Дереча, В. А. Основы психосоматики [Электронный ресурс] : учеб. пособие для студентов фак. клин. психологии / В. А. Дереча, Г. И. Дереча ; ОрГМА. - Электрон. текстовые дан. - Оренбург : [б. и.], 2013. - 1 эл. опт. диск. - Загл. с титул. экрана. - (в конв.) : Б. ц. (89 с.)
4. Балашова, С. В. Патопсихологические основы соматоформных расстройств и психотерапевтические подходы к их коррекции [Электронный ресурс] : информ.-метод. письмо для студентов фак. клин. психологии, интернов и ординаторов, изуч. психиатрию, а также для клин. психологов, врачей общей практики и психотерапевтов / С. В. Балашова, Г. И. Дереча ; ОрГМА. - Оренбург : [б. и.], 2007. - 1 эл. опт. диск. - Загл. с титул. экрана. - Электрон. версия печ. публикации (38с.). - (в конв.) : Б. ц.

Психология телесности [Текст] : научное издание / ред.-сост.: В. П. Зинченко, Т. С. Леви. - М. : АСТ, 2005. - 731 с.

**Теоретический материал к Модулю 1 к теме 1.**

**1. Определение понятия «телесность». Психология телесности**

Существует разграничение понятий *«тело»* и *«телесность»,* которое связано с тем, что «первое из них чаще всего ассоциируется с некоторым фиксированным, относительно статичным, ограниченным анатомо-физиологическим объектом». *Телесность же – это психофизиологические, психосоматические, биоэнергетические проявления человеческого тела, характеризующиеся двигательной активностью, являющиеся результатом социокультурного развития и осуществляющиеся в социуме*.

*Телесность* – преобразованное под влиянием социальных и культурных факторов тело человека, обладающее социокультурными значениями и смыслами и выполняющее определенные социокультурные функции, наиболее важной из которых признается функция *общения* как формы социального взаимодействия. Другой значимой социокультурной функцией телесности является *самовыражение.*

Человеческая телесность есть одухотворенное тело, проявляющееся в динамике (движении) и статике (форме), имеющее внутреннюю и внешнюю составляющие. К *статическим аспектам телесности* относят: внешние данные, степень полноты, развития мускулатуры, склонность вносить косметические поправки в свою внешность и др. *Динамические аспекты телесности* включают: особенности невербального поведения (жесты, поза, мимика и пр.) и особенности выполнения разных видов деятельности (быстрый или медленный темп, спонтанность или строгий самоконтроль и пр.).

В структуре телесности можно выделить внутренние и внешние компоненты. *Внутренние компоненты* (внутреннее жизненное пространство) познаются через интроцептивные ощущения и чувства. М. М. Бахтин, выделяя внутреннее и внешнее тело, полагал, что «внутреннее тело — мое тело как момент моего самосознания — представляет собой совокупность внутренних органических ощущений, потребностей и желаний, объединенных вокруг внутреннего мира».

*Внешние компоненты* (внешность и внешнее жизненное пространство) не только ощущаемы, чувствуемы, но и видимы.

Поскольку, внешне наблюдаемое движение всегда есть результат, проявление внутреннего движения, внутренней жизненности, то отсутствие внутриличностной целостности всегда, так или иначе, проявляется в движениях. Отсюда неисчерпаемый потенциал движения, как диагностического и коррекционно-развивающего средства.

*Психология телесности* – одно из направлений клинической психологии, находящееся на стыке психологии, культурологии и семиотики, предполагающее расширение закономерностей психического до области телесного.

*Предметом психологии телесности* являются закономерности развития телесности человека на разных этапах онтогенеза, а также ее структура и психологические механизмы функционирования в норме и патологии; условия и факторы, влияющие на формирование нормальных и патологических явлений телесности.

**2. История становления психологии телесности**

В том, что телесное и психическое едино, убеждали нас еще древние мыслители: Платон, Гиппократ, Гален обратили внимание на то, что сильные эмоциональные переживания, такие как гнев и страх, способны приводить к функциональным расстройствам тела.

В психологии особое место в разработке телесности, конечно же, принадлежит психоаналитическому направлению. Теория психоанализа  всегда была одной из немногих, в которой человек представал как существо телесное, а не только наделенное психикой и разумом. Значимость инстинктов - это, прежде всего, значимость телесности, в которой коренятся глубинные детерминанты человеческой жизни и судьбы.

Психоанализ указал на огромную роль телесности в формировании психосоматического симптома (З. Фрейд), самооценки (А. Адлер), идентичности (Э. Эриксон) и других компонентов самосознания личности.

*З. Фрейд* рассматривает образ Я в тесном единстве с телесными переживаниями, любые психические акты он выводит из биологической природы тела, указывая также на значимость для психического развития человека социальных связей и взаимодействия с другими людьми.

Фрейд подчеркивал важную роль тела как психологического объекта в развитии Эго-структур, а также в генезисе психопатологии, например, в развитии симптомов конверсионной истерии, где особенно важны телесные нарушения.

Согласно *Адлеру,* фактически все, что делают люди, имеет целью преодоление ощущения своей неполноценности и упрочение чувства превосходства. Адлер полагал, что чувство неполноценности берет свое начало в детстве и назвал три основные причины развития этого чувства: *неполноценность органов*, *чрезмерная опека* и *отвержение со стороны родителей*. В соответствии с этим он утверждал, что некоторые типы человеческого поведения представляют собой попытку компенсации истинной или воображаемой ущербности (например: физическая слабость, уродства, ожирение и др.). При этом он подчеркивал, что определяющее влияние на формирование личности оказывает не просто наличие телесного дефекта, а, прежде всего, его восприятие как такового, т.е. *телесный образ Я*.

История и литература предоставляют много примеров исключительных достижений, являющихся результатом усилий, предпринятых для преодоления недостаточности органа. Демосфен, заикавшийся с детства, стал одним из самых выдающихся в мире ораторов. Теодор Рузвельт, слабый и болезненный в детстве, приобрел физическую форму, образцовую как для взрослого человека вообще, так и для президента Соединенных Штатов в частности.

*Э. Эриксон* предложил наряду с описанными Фрейдом фазами психосексуального развития рассматривать и психологические стадии развития, по мере прохождения которых индивид устанавливает основные ориентиры по отношению к себе и к своей социальной среде. В своих работах он описывал стадию идентификации личности и путаницы ролей, соответствующую 12-18 годам и совпадающую с кризисом подросткового возраста. Для Эриксона телесность подростка, приобретающая на этом этапе развития особую значимость, выступает как важнейшая предпосылка формирования его *идентичности* и *Я-концепции* в целом.

Психология обращала внимание на аспекты телесности в рамках не-нормы, чем на «здоровую», нормальную телесность и психику. Может быть, поэтому психология телесности до сих пор остается неразработанной областью.

Однако в результате психологических исследований было установлено, что для человека с выраженным стремлением изменить свое тело решающую роль играют отнюдь не реальные телесные параметры, а сложное единство восприятия собственного тела и отношения к нему. Многие исследователи (Р. Бернс, Е. Т. Соколова, В. С. Мухина, И. И. Чеснокова, М. Владимирова, И. С. Кон, А. Ш. Тхостов, А. А. Налчаджян и др.) подчеркивают, что представления о своем теле, его размерах, форме, привлекательности, служат важнейшим источником формирования представления о собственном Я.

В отечественной науке возникновение понятия «человеческая телесность» связано, прежде всего, с именем *А.Ф. Лосева,* который в своих трудах  использовал его для характеристики *социальных качеств человеческого тела.* Тело как таковое – это объект естествознания, средоточие действия законов органического мира.

По *В.Л. Круткину,* телесность человека является его интегральной характеристикой, не совпадающей с той или другой его стороной (например «биологической» или «материальной» в противоположность «социальной» или «духовной»), она охватывает как физические, так и метафизические его параметры. Тело и общество не находятся в состоянии антагонизма. Тело, прошедшее социализацию, перестает быть просто физическим, о нем уже нужно говорить как о социальной телесности.

В рамках психоаналитического подхода *О.В. Лаврова* в своей концепции телесности в интегративной психотерапии определяет *телесное «Я»* как субъекта, активно проявляющего себя в телесном бытии, обладающего способностью «получать чувственный опыт, переводимый в образы и концепты, и возможностью выражать себя в телесной экспрессии». Именно телесное «Я» обладает половой идентичностью, уровнем сексуальности, инстинктами выживания и продолжения рода, гомеостатическими потребностями и мотивами, а также – образом и концепцией своего тела.

*Ш.А. Тхостов* в своей монографии «Психология телесности» декларирует психосоматическое единство человека и рассматривает «нормальную» телесность и патологию телесности.

В состоянии нормального функционирования тело как бы «прозрачно», оно не осознается. В случае соматического заболевания тело становится собственным объектом сознания. Также тело становится собственным объектом сознания при освоении новых движений, при неспособности выполнить какие-либо действия, т.е. при столкновении с границами своих возможностей.

В структуре телесности можно выделить внутренние и внешние компоненты. *Внутренние компоненты* (внутреннее жизненное пространство) познаются через интроцептивные ощущения и чувства. М.М. Бахтин, выделяя внутреннее и внешнее тело, полагал, что «внутреннее тело– мое тело как момент моего самосознания – представляет собой совокупность внутренних органических ощущений, потребностей и желаний, объединенных вокруг внутреннего мира». *Внешние компоненты* (внешность и внешнее жизненное пространство) не только ощущаемы, чувствуемы, но и видимы.

**3. Основные категории психологии телесности («физическое Я», «образ тела», «схема тела»)**

Термин *«образ тела»* ввел в 1935 году П. Шилдер, определив его как «визуальное представление собственного тела, которое мы формируем в своем сознании». Но, как ни странно, еще в 1886 году врачом Морселли было описано искажение образа тела (дисморфофобия) (Фролова Ю. Г.), поэтому можно считать, что это понятие существовало еще задолго до появления самого термина. В большинстве исследований образ тела рассматривается в качестве одного из важнейших компонентов *самосознания.* В процессе развития образ тела органически включается во все звенья структуры самосознания: притязание на признание, половая идентификация, психологическое время личности, социальное пространство личности, реализуемое через права и обязанности.

Понимание термина «образ тела» неоднозначно. В работах физиологов и неврологов образ тела рассматривается как *результат активности определенных нейронных систем,* а его исследование сводится к изучению различных физиологических структур мозга. В этом случае понятие «образ тела» часто отождествляют с понятием *«схема тела»,* которое было предложено Боньером в 1893 г. и активно использовалось в работах Хэда (1920). Оно означает *пластичную модель собственного тела, которую каждый строит, исходя из соматических ощущений.* Схема тела обеспечивает регулировку положения частей тела, контроль и коррекцию двигательного акта в зависимости от внешних условий.

Работы Г. Хэда вызвали к жизни много клинических, особенно неврологических, исследований по восприятию тела, опирающихся на понятие «схема тела». Факты нарушения телесного осознания (например, потеря ощущения тела при левосторонней гемиплегии) вели к поискам мозговой локализации схемы тела. Была выдвинута гипотеза о том, что нарушение переживания тела обусловлено повреждением теменной доли субдоминантного полушария. Более поздние работы показали, что в осуществлении акта телесного осознания принимают участие обе теменные доли, сенсомоторная кора, теменно-затылочная область и височные отделы головного мозга.

В большинстве психологических исследований термины «образ тела» и «схема тела» не являются синонимами. Одними авторами эти понятия разводятся на основании различной природы феноменов, стоящих за ними: *схема тела определяется работой проприоцепции, а образ тела рассматривается как результат осознанного или неосознанного психического отражения.*Другие авторы рассматривают схему тела как *базовый уровень* в формировании образа тела (Шонц Р., 1981) и утверждают, что образ тела «зависит не только от визуального и тактильного исследования поверхности собственного тела, но и от ощущений, исходящих из внутренних органов, скелетно-мускульных систем и кожи» (Сигель Е.). При этом образ тела определяется как *сложное комплексное единство восприятий, установок, оценок, представлений, связанных и с телесной внешностью, и с функциями тела* (Соколова Е. Т., 1989).

В качестве синонима понятия «образ тела» часто используется понятие «физическое Я». По определению Д. А. Леонтьева, *физическое*или*телесное Я* – это переживание своего тела как воплощения Я, *образ тела,* переживание физических дефектов, сознание здоровья или болезни.

**4. Роль тела в коммуникации. Классификация невербальных средств общения**

Когда люди думают об общении, они имеют в виду, в первую очередь, язык. Но язык – это всего лишь часть средств общения и, возможно, не главная часть. На самом деле мы используем множество других способов для того, чтобы сообщить наши мысли, чувства, желания и стремления окружающим людям. Эти иные средства коммуникации являются *невербальными,* т.е. в них не используются слова или предложения. Общение, в широком смысле, происходит как вербально (посредством языка), так и невербально. Инструментом невербального общения является *тело* человека, обладающее широким диапазоном средств и способов передачи информации. Для обозначения разнообразных средств невербального общения часто используется термин *«язык тела»*.

Согласно исследованиям, значительная часть речевой информации при обмене воспринимается через язык поз и жестов и звучание голоса. 55% сообщений воспринимается через выражение лица, позы и жесты, а 38% — через интонации и модуляции голоса. Отсюда следует, что всего 7% остается словам, воспринимаемым получателем, когда мы говорим.

Установлено, что невербальные способы общения имеют два вида источника происхождения – *биологическая эволюция* и *культура.*

Понятие невербальной коммуникации в лингвистике имеет эквивалент, обозначаемый термином паралингвистическая коммуникация (Колшанский, 1974, Николаева, Успенский, 1966).

Невербальная коммуникация обладает целым рядом особенностей, принципиально отличающих ее от вербальной коммуникации:

1. Полисенсорная природа невербальной коммуникации, т.е. реализация ее одновременно через разные органы чувств (слух, зрение, обоняние и др.);

2. Эволюционно историческая древность по сравнению с вербальной речью;

3. Независимость от семантики речи (слова могут значить одно, а интонация голоса — другое);

4. Значительная непроизвольность и подсознательность;

5. Независимость от языковых барьеров.

Существует несколько подходов к классификации невербальных средств общения. Рассмотрим классификацию, в основу которой положены такие характеристики невербальных средств как *движение, пространство* и *время,* а также *каналы передачи и восприятия информации* (оптический, акустический, тактильный, ольфакторный).

В соответствии с этими параметрами невербальные средства делятся на:

* оптико-кинетические;
* тактильные;
* фонационные;
* пространственно-временные;
* ольфакторные.

*1. Оптико-кинетические средства* общения включают кинесику и контакт глаз. Под *кинесикой* (греч. kinesis – движение) принято понимать зрительно воспринимаемый диапазон движений, выполняющих выразительно-регулятивную функцию в общении, а также науку, изучающая эти средства общения. К кинесике относятся мимика, жесты, позы, осанка и походка. В некоторых случаях к кинесике относят также манеру одеваться, причесываться и т.д.

Под *мимикой* понимают выразительные движения мышц лица, являющиеся одной из форм проявления тех или иных чувств. Многие мимические реакции человека являются врожденными. Этот вывод был сделан на том основании, что мимика слепых почти не отличается от мимики зрячих людей, а, следовательно, в ее основе лежат врожденные механизмы, а не научение посредством подражания. Также проведены многочисленные исследования, которые подтверждают сходство в выражении базовых эмоций (гнев, грусть, отвращение, страх, радость, удивление) представителями разных культур.

Наряду с этим существуют определенные культурные различия в мимических выражениях. Например, приподнятые брови у представителей европейской культуры свидетельствуют об удивлении, в то время как в Китае поднятые брови — знак гнева. Кроме того представители японской культуры более сдержанно выражают свои эмоции и чаще склонны скрывать их по сравнению с американцами.

Особенности мимических проявлений могут помочь при постановке диагноза. К примеру, чрезмерная мимическая оживленность, не имеющая объективной причины свидетельствует о маниакальном состоянии, а маскообразное, амимичное лица является одним из признаков депрессии.

Изучение жестов (выразительных движений рук) — *жестика* — составляет значительную часть науки о невербальном общении. Подробно описаны особенности жестикуляции, характерные для всех людей в целом и значение похожих жестов в разных странах.

Независимо от национальной принадлежности, «*широкие»* (размашистые)жесты используют те, кто хотел бы быть замеченным и подчеркнуть свою значимость, в то время как *«мелкие»* (сдержанные) жесты предпочитают люди корректные, скромные, не желающие выставлять свои чувства напоказ, либо те, кто намеренно стремится произвести скромное и безобидное впечатление. Мелкие жесты могут свидетельствовать и об упадке душевных сил — словно на энергичную жестикуляцию уже не осталось жизненной энергии, что представляет интерес для врача или психолога.

Показ ладоней во многих странах символизирует открытость, а пальцы, сжатые в кулак указывают на агрессивную или оборонительную позицию. Однако существуют жесты, имеющие противоположное значение в разных культурах. К примеру, в США пальцы, растопыренные в виде латинской буквы V, означают победу (victory), а в Италии это оскорбительный намёк на супружескую неверность.

*Пантомимика* – раздел психологии, изучающий моторику всего тела (позы, осанку, поклоны, походку). Поза может многое сказать о психоэмоциональном состоянии человека и его социальном статусе. Непринужденная поза характерна для человека с высоким социальным статусом, а люди, стоящие ниже на иерархической лестнице, отличаются большей зажатостью (классический пример — солдат, вытянувшийся по стойке «смирно» в присутствии старшего по званию). Спокойные, уравновешенные, но достаточно энергичные люди обычно стоят, нешироко расставив ноги (на расстояние не более 20 см) и равномерно распределив вес тела. Широко расставленные ноги выявляют обостренную потребность в самоутверждении, завышенную самооценку, которая нередко маскирует скрытую неуверенность и даже чувство неполноценности.

Слабый, неуверенный в себе человек стремится на что-то опереться (облокотиться), например, на стол или стул, либо прислониться к какой-то надежной опоре – стене, мебели, дверной притолоке. Независимую личность легко узнать уже по позе: человек стоит без дополнительной опоры.

Существует взаимосвязь между показателями психики и *осанкой.* Известный английский исследователь, Чарльз Дарвин (1880) в своей книге «Эмоции людей и животных» первый сформулировал «рефлекс осанки»: «Определенные движения и позы (иногда в значительной степени) способны вызывать соответствующие эмоции.… Примите печальную позу, и через некоторое время вы будете грустить… Эмоции побуждают к движению, но и движения вызывают эмоции».

«Осанка выражает состояние души», — любил повторять генерал русской армии Густав Маннергейм. Действительно, в ответ на отрицательные эмоции, рефлекторно, как результат врожденного поведенческого инстинкта, человек принимает так называемую пассивно-оборонительную позу. Пассивно-оборонительная поза характеризуется приподнятыми и сведенными вперед плечами, опущенной и выдвинутой вперед головой, сутулой спиной. При частом повторении такая поза может стать и часто становится привычной, закрепленной в стереотипе осанки.

Многие заболевания психоэмоциональной сферы (неврозы) связаны с состоянием опорно-двигательной системы, в частности, с *нарушением осанки.* Люди, страдающие неврозом всегда «зажаты», для них характерны неравномерное напряжение мышц и плохая осанка. Человек способен сознательно корректировать привычную осанку и выработанную годами манеру двигаться, и тем самым освободиться от имеющихся проблем. На этом, например, основана известная методика психосоматической коррекции Фредерика Александера. Различные методы психосоматической коррекции эффективно помогают расслабить мышцы, снять излишнее напряжение. Мысли и тело человека неразрывно связаны, и изменения одного влечёт за собой изменение другого. Воздействуя на свои мысли, мы регулируем мышечное напряжение. Изменение положения тела способно привести к изменению эмоционального состояния.

*Язык глаз* и *визуальное поведение* людей во время общения изучает наука *окулесика.* Параметрами взгляда являются его направление, линия и объект, движение и величина глаз, размер зрачков, длительность визуального контакта.

Негласные правила, по которым оценивается зрительный контакт и определяется его оптимальная длительность и частота, сильно различаются в разных обществах и культурах. Например, в Англии считается неприличным столь пристально смотреть в глаза, как это принято — и даже поощряется — в России. При этом в Англии и США принятая частота и продолжительность контакта глаз выше, чем в Японии.

В психологии, психиатрии и нейробиологии исследуется роль зрительного контакта при развитии ребёнка, его социальные аспекты, влияние на выполнение когнитивных задач, а также проблема избегания контакта при аутизме.

В межличностном общении открытый взгляд говорит о доверии к собеседнику, готовности быть открытым и искренним. Избегание зрительного контакта воспринимается как отчужденность, недоверие, закрытость.

В деловом общении умение держать взгляд на собеседнике расценивается как признак уверенности, смелости, силы. Частое отведение взгляда во время разговора может восприниматься как страх перед собеседником, неуверенность в себе. В человеке, который хорошо умеет держать свой взгляд на собеседнике, окружающие видят лидера.

*2. Тактильные или такесические средства* общения включают похлопывания, рукопожатия, поцелуи, поглаживания и другие варианты прикосновения в ситуации общения. Изучением тактильных средств общения занимается раздел психологии – *такесика.*

В цивилизованном обществе прикосновение к другому человеку обусловлено целым рядом социальных норм и ограничений, поэтому является достаточно редким элементом общения, хотя и очень выразительным. У представителей разных культур прикосновение имеет разное значение. Оно является неотъемлемым элементом коммуникации в Африке, на Ближнем Востоке и в большинстве стран с латинской культурой. Один наблюдатель подсчитал, что пара, сидящая за столиком ресторана в Париже, за один час совершает в среднем 110 взаимных прикосновений, в Лондоне — ни одного, а в Джексонвилле (США) — около восьми.

Прикосновения в виде поглаживаний выполняют в общении функцию одобрения, эмоциональной поддержки. Использование личностью в общении такесической системы невербального поведения определяется многими факторами. Среди них особую силу имеют статус партнеров, возраст, пол, степень их знакомства. Так, рукопожатие как элемент такесической системы невербального поведения личности чаще используется в ситуации приветствия у русских, чем у англичан или американцев, в общении мужчин, чем женщин.

Далее, такой такесический элемент, как похлопывание по спине и плечу, возможен при условии близких отношений, равенстве социального положения общающихся. Проявлением славянского обычая на уровне невербального поведения являются объятия, которые демонстрируют равенство и братство. Поцелуй как элемент физического контакта наблюдается в русской культуре в поведении и мужчин, и женщин, в то время как у англичан встречается редко, только при интимных отношениях.

Безусловно, и то, что существуют специфические для культуры прикосновения, например, удар ладонью по ладони собеседника в момент или после произнесения удачной шутки, остроты. Этот обычай соблюдается египтянами, сирийцами, йеменцами. Не ударять ладонью об ладонь собеседника — значит обидеть его.

Потребность в прикосновении является у высших млекопитающих такой же фундаментальной как потребность в пище, воде и безопасности.

Новорожденный ребенок узнает мир через прикосновения, и депривация этого контактного канала существенно влияет на его будущую способность к социализации и взаимодействию с другими людьми и миром в целом. Если положить новорожденного ребенка (сразу после рождения) на обнаженный живот матери, он сам через некоторое время «доползет» до ее груди найдет сосок и начнет сосать. Было доказано, что контакт кожа-к-коже сразу после рождения уменьшает стресс рождения у ребенка и стресс после родов у матери.

Прикосновение (причем не случайное, а прикосновение как взаимодействие) это также один из важных инструментов для саморегуляции и совладания с жизненными стрессами. Недавние исследования профессора Kerstin Moberg (Karolinska Institute в Стокгольме) и ее коллег показали, что мягкое и спокойное прикосновение повышает выработку *окситоцина,* гормона, который образуется в задней доле гипофиза. Раньше этот гормон связывали в основном с функцией материнства (сокращением матки при родах и выработкой молока), сейчас доказано, что он активизирует паттерны ослабления стресса. Так, в приведенном выше примере поведения новорожденного младенца, установлено, что при контакте кожа-к-коже, и у матери, и у ребенка существенно повышается уровень окситоцина, что ведет к уменьшению тревоги и успокоению. Причем, интересно, что у матери это происходит только в случае, если она взаимодействует с ребенком, например, подталкивая его ножки.

Окситоцин увеличивает уровень *серотонина* – гормона, который снижает уровень тревоги и депрессии и *дофамина,* улучшающего концентрацию внимания и способность к обучению. Прикосновение также снижает уровень *кортизола,* повышенный уровень которого создает риск сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний, что существенно при посттравматических стрессовых расстройствах.

Такесические средства в большей степени, чем другие средства невербального общения являются индикатором статусно-ролевых отношений, степени близости общающихся, поэтому их неадекватное использование может привести к многочисленным конфликтам в общении.

*3. Фонационные средства общения* включают просодические и экстралингвистические характеристики голоса. *Просодика* – это общее название таких ритмико-интонационных сторон речи, как высота, громкость голосового тона, тембр голоса, сила ударения. *Экстралингвистическая система* – это включение в речь пауз, а также различного рода психологических проявлений человека: плача, кашля, смеха, вздоха и т. д.

Функциями просодики и экстралингвистики являются дополнение, замещение или предвосхищение речевого высказывания, акцентирование внимания на той или иной часть вербального сообщения. Кроме того фонационные средства общения обеспечивают экономию речевого высказывания.

Особенности речи позволяют судить и о многих других индивидуальных свойствах. Громкость речи, ее интонация, темп и ритм, особенности употребления некоторых слов — все это о многом может сказать наблюдателю. Громкость голоса — общий показатель жизненной энергии и уверенности в себе. Довольно громкий голос (даже в будничной, обстановке) отличает людей, которые привыкли отдавать распоряжения, считают себя вправе отчитывать виноватых и не сомневаются в правоте своей позиции. Громкий голос может выступать и маскировочным средством недостаточной уверенности в себе.

Малая громкость голоса свидетельствует о том, что перед нами человек сдержанный, скромный, вероятно, хорошо воспитанный. Не исключено, что человек, предпочитающий говорить тихо, испытывает смутное ощущение неловкости и вины (не обязательно обоснованное).

Скорость речи соответствует темпераменту и так называемому темпу жизни человека. Неторопливо, даже медлительно, говорят спокойные, обстоятельные люди, не склонные к авантюрам и резким перепадам настроения. Впрочем, медленная речь может быть и признаком общей заторможенности, недостаточной подвижности мыслительных процессов, а то и просто лени. Так, у человека, принявшего успокоительное лекарство, речь замедляется (при этом также снижается темп умственных процессов и мотивация к деятельности).

Оживленно и бойко, даже торопливо, говорят энергичные, подвижные, легкие на подъем люди. Такое заключение можно сделать, если ритм речи равномерный. А вот нарушенный ритм при общей высокой скорости речи свидетельствует о том, что человек робеет, недостаточно уверен в себе (возможно, только в данный момент).

*4. Пространственно-временные средства* общения включают расположение собеседников и дистанцию между ними *(проксемика),* а также временную организацию ситуации общения *(хронемика).*

*Дистанция* — расстояние между партнерами по общению. Существуют разные классификации дистанций. Например, Э. Холл выделяет четыре дистанции:

* интимное расстояние (от 0 до 45 см) используется при общении самых близких людей;
* персональное расстояние (от 46 см до 1,2 м) используется при обыденном общении со знакомыми людьми;
* социальное расстояние (от 1,21 до 3,6 м) оказывается предпочтительным при общении с чужими людьми и при официальном общении;
* публичное расстояние (более 3,6 метра) используется при выступлении перед большими аудиториями.

Отдельно выделяют персональное (личное) пространство и пространство группы.

*Персональное (личное) пространство* — это пространство вокруг человека, ограниченное мысленной чертой, за которую другим людям не следует заходить. Если они пересекают эту черту, человек испытывает отрицательные эмоции. Персональное пространство не является кругообразным, а больше напоминает овал: оно максимально впереди и сзади, но уже — с боков. Размеры личной пространственной зоны зависят от многих факторов, таких как пол, возраст, национальность, плотность населения в той местности, где преимущественно проживает человек и т.д. К примеру, жители восточных стран, таких как Япония или Китай, привычные к перенаселенности, характеризуются меньшим размером личного пространства по сравнению с русскими или американцами. У людей, выросших в отдаленных или малонаселенных сельских районах, обычно большие потребности в личном пространстве (до 9 метров). Эти люди предпочитают не здороваться за руку, а на расстоянии помахать друг другу рукой.

*Пространство группы* — пространство, в которое «допускаются» только члены своей группы. Если позволяет ситуация, группа старается расположиться так, чтобы вокруг нее было пустое пространство, то есть чтобы расстояние между членами группы было меньше, чем расстояние от них до другой группы. Как правило, расстояние между группами составляет не менее 100—125 сантиметров. Групповое пространство хорошо заметно во время перерывов на общественных мероприятиях (конференциях, банкетах и т. д.), когда участники собираются в холле и образуют группы по интересам.

*Хронемика* – это использование времени в невербальном коммуникационном процессе. Временными характеристиками коммуникации являются пунктуальность, время ожидания, продолжительность разговора и пр. Использование времени влияет на стиль жизни, распорядок дня, темп речи, манеру передвигаться и готовность людей слушать. Время является *индикатором статуса.* Например, в большинстве компаний начальник может прервать рабочий процесс в разгаре рабочего дня и провести незапланированную встречу, в то время как рядовому сотруднику фирмы о любых встречах необходимо договариваться с боссом заранее. Представители разных культур и цивилизаций по-разному воспринимают время, что отражается на способах осуществления коммуникации. Все культуры могут быть разделены на *монохронные* и *полихронные* (табл. 1).

**Таблица 1**

Основные различия между монохронными и полихронными культурами

|  |  |
| --- | --- |
| **«Монохронные» люди** | **«Полихронные» люди** |
| Делают все дела по очереди | Делают несколько дел одновременно |
| Сконцентрированы на работе | Часто отвлекаются |
| Серьезно относятся к срокам выполнения работы | Достигнуть цель важнее, чем соблюсти временные рамки |
| Преданы работе | Преданы людям, отношениям |
| Четко соблюдают план | Легко отходят от плана |
| Боятся кого-либо побеспокоить или оторвать от дела, соблюдают дистанцию | Больше беспокоятся о своих близких |
| Редко одалживают или занимают | Часто одалживают или занимают |
| Привычны к мимолетным контактам | Тенденция строить долгосрочные отношения |

*5. Ольфакторные средства* общения включают как естественные для человека запахи тела (свидетельствующие о состоянии здоровья, гигиены и т.д.), так и искусственные запахи, например, духи, благовония и т.д. Изучением языка запахов и роли запахов в коммуникации занимается наука – *ольфакция.* Среди ольфакторных средств общения наиболее важную роль играют запахи, создаваемые специфическими для мужчин и женщин веществами — *феромонами.* Феромоны оказывают сильное (причем, подсознательное) влияние на формирование симпатий и антипатий людей противоположного пола (т.е. половую привлекательность) и, таким образом, играют важнейшую роль в качестве невербального межполового средства воздействия. На этом основании ряд ученых причисляет обоняние к третьему по важности чувству человека после слуха и зрения (Г. Шустер, 1996).

**5. Психология телесности и психосоматика**

Психология телесности и психосоматика являются родственными дисциплинами, однако имеют ряд различий.

***Определение***

Психосоматика – область междисциплинарных исследования (философии, медицины, психологии др. наук), которая занимается изучением влияния психологических факторов на возникновение и течение соматических заболеваний, а также влияние соматических заболеваний на психику.

Психология телесности – раздел клинической психологии, изучающий закономерности развития телесности человека, как социокультурного феномена, условия и факторы, влияющие на формирование нормальных и патологических явлений телесности.

***Объект изучения***

Объектом изучения психосоматики является личность человека, страдающего соматическим или психосоматическим расстройством, т.е. в поле внимания психосоматики попадает человек, имеющий какое-либо заболевание.

Объектом изучения психологии телесности является телесность человека как тело, преобразованное под влиянием социальных и культурных факторов и выполняющее определенные социокультурные функции, прежде всего – функции общения и самовыражения. Другими словами психология телесности изучает людей как носителей социальных и культурных качеств.

***Предмет изучения***

Предметом изучения психосоматики являются взаимоотношения между психикой и телесными функциями, а именно между психологическими состояниями и свойствами личности – с одной стороны и соматическими нарушениями – с другой стороны.

Предмет изучения психологии телесности – развитие телесности в онтогенезе, механизмы психологического функционирования телесности в норме и патологии.

***Связь с другими дисциплинами***

Психосоматика как междисциплинарная наука связана со многими областями научного знания, но в первую очередь – с медициной и долгое время развивалась как одно из ее направлений («психосоматическая медицина»). Психология телесности гораздо ближе к социологии и культурологии[[1]](#footnote-1).

Таким образом, область изучения психологии телесности шире по сравнению с психосоматикой и включает не только психосоматические расстройства, но и феномены нормы, психологические механизмы нормального развития телесности человека и динамику этого развития. По мнению В.В. Николаевой психология телесности дополняет и обогащает традиционную психосоматику материалами изучения психосоматических феноменов в норме, культурных особенностей развития телесных функций.

**6. Роль культуры в развитии психосоматического симптома. Транскультурная психосоматика.**

Многие годы господствовало мнение, что психосоматические болезни являются болезнями цивилизованного мира. Жизнь нецивилизованных народов рассматривалась как бесконфликтная, свободная от психических нарушений и психосоматических заболеваний, которые связаны с западным образом мышления и стилем жизни. Считалось, что у «детей природы» и в развивающихся странах таких болезней нет или они редки.

Однако в настоящее время накоплены сведения, которые опровергают это утверждение. В частности, было установлено, что жители Уганды (Африка) часто страдают язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, которая входит в семерку классических психосоматических заболеваний. Среди народа йоруба в Нигерии так же часто, как и у жителей Нью-Йорка или населения Канады, обнаруживаются вегетативные неврологические нарушения, такие как головная боль, внутреннее беспокойство, нервозность, головокружения, расстройства сна, боль в сердце.

Наряду с этим существуют исследования, которые подтверждают связь психосоматических расстройств и культуры. Исследования Бартона Бредли в новой Гвинее показали, что за 30 лет приобщения к западной системе воспитания и экономического устройства в стране выросла частота встречаемости таких видов патологии как повышенное артериальное давление у взрослых, бронхиальная астма и экзема у детей. Ранее эти болезни встречались в Новой Гвинее крайне редко. Примечательно, что все случаи заболевания встречались в образованных семьях, где глава семьи – учитель или служащий. В областях, где западная цивилизация внедрилась наиболее интенсивно, очень распространились пептические язвы[[2]](#footnote-2) со всеми их осложнениями.

**7. Психоаналитическая трактовка психосоматических симптомов**

В качестве основной причины неврозов в *классическом психоанализе* *Зигмунда Фрейда* рассматриваются внутренние противоречия, связанные с вытесненными, табуированными сексуальными желаниями. Именно эти изначальные побуждения, по мысли Фрейда, составляют главную движущую силу человеческой психики – универсальную психическую энергию *«либидо»,* зарождающуюся в подсознании – бурлящем «котле» необузданных страстей и животных инстинктов. Отсюда и представления о механизме невротических нарушений как о нарушении баланса этой «энергии» между различными составными частями психики (животное Ид – сознательное Эго – критически-морализаторское Супер-Эго), между различными мотивами и видами деятельности и соответственно о возможности разрешения психологических проблем с помощью правильного перераспределения этой энергии (психодинамический принцип).

Закономерности этой своеобразной «психической энергетики» таковы, что можно увидеть некоторую аналогию с известным в физике законом сохранения энергии[[3]](#footnote-3): общее количество энергии, доступное индивиду, остается постоянным, вне зависимости от того, на что она затрачивается; отдельные виды энергии как бы могут переходить друг в друга. И если некоторое количество «энергии» направляется на психологическую защиту – например, на вытеснение проблемы (подавление психологического комплекса), тем самым оно отвлекается от других, более полезных применений – в первую очередь, от производимой человеком активной деятельности. По этой причине в ситуации психотравмы у человека существенно снижается продуктивность интеллектуальной деятельности (включая процессы внимания и мышления), качество принимаемых решений и адаптивность поведения в целом.

Согласно представлениям Фрейда развитие психосоматических нарушений объясняется совместным действием двух механизмов – вытеснения и конверсии. *Вытеснение* препятствует осознанию неприемлемых мыслей и влечений, а за счет *конверсии* происходит трансформация вытесненного материала в соматические симптомы, которые в символической форме выражают содержание внутриличностного конфликта. Другими словами, те или иные болезненные психосоматические проявления являются ответами на неприемлемую жизненную ситуацию в символической форме.

С этой точки зрения приступ *бронхиальной астмы* – не что иное, как заторможенный «приступ плача» или призыв материнской помощи. Символическая трактовка *язвенной болезни желудка* (а отчасти и *панкреатита*) – соматизированные самообвинения, следствие испытываемого человеком чувства вины и самонаказания, как бы «переваривание» им самого себя (в русском языке к этой ситуации хорошо подходит образное выражение «самоедство»).

Заболевания *опорно-двигательного аппарата* (позвоночник, суставы) – отражение «пассивной раздраженности» жизненной ситуацией, которую человек, с одной стороны, не приемлет (что и служит причиной его раздражения), а с другой – не считает для себя возможным разрешить с помощью активных собственных действий. К этому обычно добавляется переживание отсутствия внешней поддержки и опоры либо ощущение буквально физического «давления» жизненных обстоятельств.

*Истерические (конверсионные) нарушения движений, чувствительности, зрения, речи* развиваются по механизму вытеснения («не вижу – потому что не хочу видеть», «не чувствую – потому что не хочу чувствовать») или самонаказания*.* Сексуальные расстройства связаны с вытеснением «постыдного» влечения под влиянием общественного запрета.

Психологические же причины сексуальных расстройств, связанных с вытеснением «постыдного» влечения, с навязываемыми обществом запретами, достаточно очевидны.

Последователи Фрейда – *Ф. Александер, П. Сифнеос, М. Шур* и многие другие существенно дополнили его представления о развитии психосоматических симптомов.

*Францем Александером* была обнаружена определенная *психосоматическая специфичность* тех или иных эмоций: вызываемые ими телесные нарушения проявляются именно в тех системах организма, с которыми данные эмоции имеют «сродство». Так, например, подавляемое чувство гнева приводит к развитию сердечно-сосудистых заболеваний, а чувство зависимости – к язвенной болезни желудка.

При объяснении механизма повреждающего воздействия вытесняемых эмоций на ту или иную систему организма Александер опирался на исследования У. Кэннона, Э. Гелльгорна «вегетативного сопровождения» эмоций. По мнению Александера, эмоциональные переживания, сопровождающиеся возбуждением *симпатического отдела* вегетативной нервной системы (раздражение, гнев или страх), лежат в основе гипертонической болезни, заболеваний эндокринных органов (сахарный диабет, повышенная функция щитовидной железы) и заболеваний суставов. Возбуждение *парасимпатического отдела* вегетативной нервной системы, которое отмечается при таких переживаниях как зависимость (обусловленная потребностью в эмоциональной защищенности), обида и чувство вины, Александер связывал с развитием язвенной болезни желудка и бронхиальной астмы.

Подобные расстройства, вызванные хроническим вегетативным сопровождением длительно сохраняющихся негативных эмоций, не находящих разрядки, были им названы *«вегетативным неврозом».* Александер отличал их от «болезни выражения» – это название он дал описанной выше фрейдовской конверсии, когда психосоматические симптомы служат средством символического выражения внутренних конфликтов пациента.

Возникновение психосоматических расстройств, по Александеру, объясняется взаимодействием трех факторов – психологических, физиологических и социальных. В качестве психологических факторов выступают специфические личностные, «психодинамические» особенности, неразрешенные внутренние конфликты, определяющие тот набор привычных негативных эмоций, которые человек испытывает в эмоциогенных ситуациях. Физиологический фактор, определяющий то слабое звено в организме, на которое приходится основной удар негативных эмоций, – это конституциональная неполноценность (повышенная уязвимость) тех или иных органов. И наконец, социальный фактор, играющий роль пускового момента – неблагоприятные воздействия жизненной среды.

*Питер Сифнеос* разработал концепцию *алекситимии* – неспособности выражать собственные эмоции при помощи слов. Сифнеос полагал, что эмоции, не получающие выражения вследствие алекситимии, вытесняются и трансформируются в телесные реакции. Накопление телесных проявлений, обусловленных неотреагированными эмоциями, приводит к развитию психосоматического заболевания.

*Шур* сформулировал понятие *ресоматизации* под которым он понимал возврат (регрессию) к примитивно-детскому способу эмоционального реагирования. Грудной ребенок не владеет словами, поэтому выражает свои чувства не только плачем или криком, но и всем телом. В процессе взросления происходит *десоматизация* – становление зрелых способов эмоционального реагирования, предполагающих осознание и вербализацию своего эмоционального состояния. У незрелой личности с недостаточно развитой способностью к рефлексии десоматизация затруднена. При столкновении с трудной жизненной ситуацией у таких личностей запускается механизм ресоматизации, поэтому они испытывают эмоции через телесный дискомфорт, вместо того чтобы выразить их на сознательном уровне. Реакция ресоматизации может отмечаться и у зрелой личности в ситуации острого стресса.

**8. Представления В. Райха о «характерном панцире». Психологический анализ мышечных зажимов.**

Вильгельм Райх начинал свою работу в 1920-е годы как психоаналитик непосредственно под руководством 3. Фрейда. Первым принципиальным новшеством, введенным Райхом в практику психоанализа, был переход от анализа отдельных симптомов к анализу характера пациента.

В своем подходе Райх исходил из теории психофизической идентичности, обоснованно считая, что психологические особенности пациента связаны с его телесными чертами; соответственно психологические проблемы находят свое отражение на телесном уровне. В соответствии с этим Райх рассматривал характер как сочетание *отношений* (ценности, стиль поведения – застенчивость, агрессивность и др.) и *привычных положений тела* (физические позы, привычка держаться и двигаться) которые образуют постоянный стереотип его реакций на различные ситуации.

Райх полагал, что каждое характерное отношение имеет соответствующую ему физическую позу и что характер индивидуума выражается в его теле в виде мышечной ригидности или мускульного панциря. Он описал феномен *«заключения характера в панцирь»,* возникающий как средство подавления и сдерживания эмоций под воздействием общественных стереотипов и авторитарной семейной атмосферы.

Райх полагал, что каждая эмоция приводит к непроизвольному напряжению специфичной для нее группы мышц. В условиях запрета на внешнее проявление эмоций (особенно связанных с агрессией или сексуальностью) разрядка мышечного напряжения не происходит и более того – оно увеличивается, поскольку человек неосознанно предпринимает дополнительные мышечные усилия, чтобы сдержать двигательные (мимические, голосовые и пр.) проявления своих эмоций. При этом сама эмоция, не получившая выражение, сохраняется в теле.

Частое сдерживание эмоций приводит к тому, что в соответствующих им участках тела развивается хроническое напряжение мышечного гипертонуса (мышечный зажим). Образующийся течение жизни набор участков мышечного гипертонуса представляет собой своеобразную «смирительную рубашку от эмоций» (Подпорин А.Н., 2002) или *«мышечный панцирь».*

Райх пришел к выводу, что физический (мышечный) и психологический (характерный) панцирь – одно и то же. «Пан­цирь характера оказывается функционально тождественным с перенапряже­нием мышц, мышечным панцирем. Эта функциональная тождественность означает ни что иное, как тот факт, что мышечные паттерны и характерные черты служат одной и той же функции в психическом аппарате; они могут влиять друг на друга и заменять друг друга».

Райх ввел понятие «биопсихической» или *вегетативной* энергии, нормальное распределение которой в организме является основой душевного и физического здоровья, а нарушения свободного протекания составляют основной механизм развития неврозов и других болезненных состояний. Невроз возникает вследствие дисбаланса между накоплением вегетативной энергии и ее расходованием.

Райх полагал, что вегетативная энергия в индивидуальных организмах – лишь один из аспектов универсальной *оргонической* энергии, присутствующих во всех вещах. В термине «оргоническая энергия» он соединил корни «организма» и «оргазма». «Космическая оргоническая энергия функционирует в живых организмах как специфическая биологиче­ская энергия. В этом своем качестве она управляет всем организмом и выра­жается в эмоциях так же, как и в чисто биофизических движениях органов».

Возникающие в мышцах участки гипертонуса являются препятствием на пути нормального протекания в теле вегетативной энергии, приводя к развитию невроза. Снятие застойного напряжения мышц позволяет высвободить энергию и восстановить ее свободное протекание, благодаря чему происходит выздоровление.

Всего Райх выделял семь сегментов тела, которые в случае возникновения в них соответствующих «мышечных зажимов» блокируют естественное протекание «вегетативной энергии», превращаясь в кольца «мышечного панциря»:

*1. Глаза* (включая мимические мышцы вокруг глаз и лобную мышцу). Здесь блокируются многие эмоции, связанные со стрессом («пустые глаза», «мертвый лоб»), отражая общее состояние напряженности, желание отгородиться от окружающего мира, «не видеть», не замечать проблем. (Здесь также часто локализуются головные боли, связанные с длительным переутомлением, астенизацией нервной системы - вспомним известное клиническое выражение «шлем неврастеника». Нередко это интеллектуальная перегрузка, связанная с избыточностью информационного потока - в современной трактовке информационный стресс.)

*2. Рот* (включая мышцы в области подбородка, горла и затылка). Здесь блокируются эмоции плача, гнева, крик, гримасы, младенческие рефлекторные действия (сосание, кусание). В этой связи можно вспомнить описанный Фрейдом «оральный характер», которому свойственны боязнь потери объекта привязанности и склонность к депрессии.

*3. Шея* (включая глубокие мышцы шеи и язык). Блокируется крик, гнев, плач («комок» в горле).

*4. Грудь* (включая всю грудную клетку и руки). Блокируются как негативные эмоции (гнев, печаль) и агрессия, так и выражения позитивных чувств - смех, страстность.

*5. Диафрагма* (включая солнечное сплетение и внутренние органы брюшной полости). Блокируется сильный гнев (а также, по нашему опыту, тревога, обиды и закомплексованность в общении).

*6. Живот* (включая мышцы брюшной стенки, а также мышцы спины). Блокируются, с одной стороны, злость и агрессивность (по нашему опыту, еще и комплекс превосходства), с другой стороны -страхи.

*7. Таз* (включая мышцы таза и ноги). Блокируется в первую очередь сексуальное возбуждение, а также отчасти тревога, гнев, фрустрированная агрессивность (представим наглядно «топание ножкой» - недовольного маленького ребенка) и стремление к доминированию (вспомним фрейдовский «анальный характер»).

С помощью специальных психотерапевтических процедур, которые включают непосредственное воздействие на тело пациента – прикосновение, давление на участки хронического напряжения мышц, чтобы добиться их расслабления, в сочетании с регулируемым глубоким дыханием, терапевт может помочь пациенту «распустить мышечный панцирь», снять «аффективный барьер».

**9. Концепция патологии в рамках биоэнергетического анализа А. Лоуэна**

*Александр Лоуэн,* бывший вначале пациентом, а затем учеником Райха, впоследствии стал наиболее заметным популяризатором его теории, которую наглядно, образно, увлекательно и доступно изложил в своих многочисленных книгах. В то же время он внес в нее ряд усовершенствований, связанных с новой научно-медицинской парадигмой. Как и Райх, он получил классическое медицинское образование, но профессиональное становление Лоуэна протекало уже в иное время и в рамках более современных взглядов. На его естественнонаучное и философское мировоззрение повлиял, в частности, проявившийся в западном обществе интерес к *восточным духовно-философским системам* – таким, как йога или тай-цзи-цюань, откуда Лоуэн почерпнул ряд представлений о «биологической энергии». Свой синтетический подход, разработанный на базе райховского характерологического анализа, он назвал *биоэнергетическим анализом.*

С точки зрения биоэнергетического анализа, основной характеристикой здоровой личности является *осознавание* телесных проявлений полного спектра собственных эмоций – как положительных, так и негативных, вытесняемых. Отсюда необходимым условием формирования зрелой и гармоничной личности является *снятие мышечных блоков, зажимов* (и вместе с ними блоков психологических, «комплексов»).

По Лоуэну, негативный эффект имеет не только само по себе застойное напряжение мышц, но и последствия его влияния на рост и формирование структуры тела – на особенности осанки (в частности, это может приводить к деформациям опорно-двигательного аппарата). Здесь Лоуэн уделял большое внимание важности создания и поддержания правильной позы тела, осанки и исправлению их дефектов (особенно связанных с привычным положением таза). Немаловажное значение он придавал *координации движений* как критерию психического здоровья, их *естественности и пластичности, грации*: «Здоровье проявляется в грациозных движениях тела... [...] Настоящая грация тела не есть нечто искусственное – это часть естественного человека. [... ] Однако, если она однажды утеряна, ее можно обрести вновь, только вернув телу его духовность». Поэтому Лоуэн придавал большое значение устранению нарушения координации движений, вызванного хроническим мышечным напряжением, когда привычные движения теряют грациозность, становятся неловкими: «Утрата грации – это физическое явление. Мы замечаем это по тому, как люди двигаются или стоят». В отличие от Райха, Лоуэн подчеркивал, что нарушение грации развивается в основном в раннем детском возрасте, вместе с подавлением плача, гнева или иных форм поведения, запрещаемых родителями.

В современной трактовке подобное расстройство носит название *сенсорно-моторной амнезии* (по Т. Ханна). Сравнение с расстройством памяти (амнезией) в данном случае связано с тем, что человек как бы забывает навыки естественной координации, пластичности движений, усвоенные им в детстве. Причиной служит так называемый нарушенный двигательный стереотип: двигательные отделы мозга привыкают к постоянно напряженному состоянию отдельных мышц (см. райховский «мышечный панцирь»). При этом нарушается реципрокная координация или взаимная согласованность напряжения тех или иных мышц с расслаблением противоположных им по выполняемой функции мышц-антагонистов (если последние находятся в состоянии хронического гипертонуса). В результате активно работающие мышцы вынуждены нести повышенную нагрузку, преодолевая сопротивление мышц-антагонистов, что приводит к росту энергетических затрат.

Новым в телесной психотерапии является введенное Лоуэном понятие ***«заземления»*** или *осознаваемого чувства опоры,* под которым он подразумевал то, «насколько хорошо человек заземлен, укоренен, то есть энергетически соединен с почвой под ногами». При этом имеются в виду не только физические, но и психологические характеристики: «заземление» является метафорой полноценной «связи личности с почвой и реальностью» (Лоуэн А., 2000). (Не случайно, к примеру, в русском языке о человеке серьезном и реалистичном, который трезво смотрит на жизнь, образно говорят, что он «ходит по земле».) Отсюда, по мысли Лоуэна, *осознавание контакта стоп с землей – «заземление» – делает человека более устойчивым не только физически, но и психологически.* От этого зависит и характер общения человека с окружающими, и его психологическая устойчивость в различных жизненных обстоятельствах: «Люди, не укорененные в реальности, могут стать рабами сильных чувств сексуального или другого характера».

Действительно, практически каждому знакомо ощущение, будто «земля уходит из-под ног», возникающее в минуты сильного волнения и связанное с неуверенностью в себе и потерей психологической опоры. Нередко человек чувствует себя неуверенно и неуютно, испытывая «оторванность» от земли. Приведем типичный самоотчет пациента: «Просыпаюсь с сердцебиением и чувством страха, будто на качелях, когда летишь вниз». Есть общая закономерность, хорошо известная клиницистам: эмоциональный дискомфорт, возникающий при многих невротических, особенно тревожных, расстройствах, тесно связан с неприятными физическими ощущениями в верхней части тела (прилив жара к голове, тяжесть в затылке, «стягивающие» головные боли, «комок» в горле, одышка/затруднение дыхания, сердцебиение/боли в области сердца, болезненные мышечные спазмы или непроизвольные подергивания в мышцах рук, тики и др.). В рефлексотерапии подобные состояния рассматриваются как «избыток энергии ци» в области «верхнего обогревателя» или верхней «полости тела» (грудная полость), а также плечевого пояса и головы/шеи (см. далее условное понятие верхнего вегетативного центра). Способ устранения подобных проблем и нормализации психоэмоционального состояния – работа с телесными ощущениями, с помощью которой можно добиться перемещения избыточной «энергии» вниз, либо простое переключение внимания на ощущения в нижней части тела. (Применительно к регрессионным механизмам психокоррекции «заземление» соответствует возврату к ресурсам, связанным с ранним детством, когда происходит обучение ходьбе и ребенок обретает в связи с этим уверенность в себе, навык самостоятельного преодоления препятствий.)

Правильное «заземление» включает и правильную осанку, в частности, ненапряженное положение таза, и мягкую походку, сопровождающуюся, по Лоуэну, ощущением «протекания энергии», которая «в йоге называется кундалини и [...] протекает вдоль позвоночника от крестца до головы. [... ] Во время ходьбы или стояния это движение энергии ощущается как идущее от земли. Несмотря на позицию, в которой мы находимся, такое движение энергии возможно, лишь когда мы заземлены».

Лоуэн, как мы упоминали, строил свою систему на более богатом, чем Райх, идеологическом фундаменте, включающем наряду с классической медициной еще и философские воззрения Востока. Он даже пишет о «духовности тела», сравнивая западное и восточное миропонимание: «...На Западе духовность в основном – удел веры, а на Востоке – чувств. [...] Восток всегда проявлял больше уважения к природе, чем Запад, считая, что счастье человека зависит от его гармонии с природой. [...] Восточные упражнения, такие, как йога или тайцзи-цюань, отражают интерес к жизненности тела или его духовности».

Отсюда, в частности, проистекает представление о гармонии «энергетической» как основе гармонии душевной, психологической: «Понятие равновесия и гармонии также относится к двум... силам, которые китайцы называют инь и янь. [...] *Болезнь можно рассматривать как отсутствие равновесия между ними.* [...] Эти силы можно обозначить как эго и тело, мысль и чувство». Исходя из этих философских представлений, Лоуэн (2000) сформулировал *принцип гармонии эмоциональных проявлений:* «В здоровом организме существует равновесие между возбуждением и сдерживанием; человек ощущает себя свободным в выражении своих чувств и импульсов, но он настолько владеет собой, что может выражать их уместным и достойным образом».

Упомянутое противопоставление мысли чувствам, сухого и бездушного умственного конструирования духовно насыщенному и эмоционально заряженному опыту жизни приводит на психологическом и соматическом уровне к дисбалансу вследствие *преобладания Эго над телом.* Вслед за Райхом, который называл подобный дисбаланс мысли и тела «расщеплением», Лоуэн рассматривает его как болезнь, в которой виновато общество. Аналогичную точку зрения высказывал и основоположник гештальт-терапии Ф. Перлз (1992): «Дихотомия «душа-тело» является не чем иным, как расщеплением, глубоко укорененным в нашей культуре и потому воспринимающимся как нечто само собой разумеющееся».

Причиной этой социально обусловленной болезни, по Лоуэну, служит навязываемый индивиду стиль жизни, в котором преобладают «ценности Эго». Человек, живущий согласно ценностям Эго, испытывает ненасытную *потребность в подтверждении собственной ценности, в достижении успеха.* Подобному пагубному стереотипу, приводящему к бездуховности и болезни, противопоставляется здоровый и естественный стиль жизни человека, живущего согласно ценностям тела – стремящегося к *простым жизненным радостям,* ценящего *физические удовольствия* и сохраняющего *естественную грацию движений.* И хотя описанный внутренний конфликт вызван причинами социального порядка, способ его разрешения предлагается психологический: осознавание человеком своего «расщепления» приводит к цельности.

Как и Райх, Лоуэн придавал большое значение *дыхательным компонентам саморегуляции* при нормализации психофизического состояния пациента. Отправными точками для этого послужил его личный опыт прохождения психоанализа у Райха, а также наблюдения в ходе психотерапевтических сеансов: «Когда пациент воздерживается от выражения какой-либо мысли или чувства, он задерживает дыхание». Впоследствии он дал этому теоретическое обоснование, исходя из представлений о том, что «дыхание заряжает тело энергией». В сущности, помимо углубленного брюшного дыхания непосредственно во время психотерапевтических процедур, в процессе выполнения упражнений, Лоуэн стремился переучивать пациентов, изменять стереотип для перехода с привычного грудного дыхания на *брюшное.* Причиной преобладания у взрослых пациентов грудного дыхания над брюшным он считал определенные социальные стереотипы, в первую очередь связанные с полоролевым поведением, с принятыми в обществе образами мужественности и женственности.

**10. Символический язык тела**

Сандомирский разработал краткий «словарь» телесного языка, в основу которого легли представления Райха, Лоуэна и Баскакова и его собственный опыт. В нем он дал расшифровку некоторых болезненных телесных ощущений, возникающих в той или иной части тела.

*1) Голова.* Наиболее частое подсознательное телесное «высказывание» в этой области - головные боли. Их символическое или сигнальное значение варьирует в зависимости от локализации болей:

а) в лобной области - ассоциируются с проблемами выбора, принятия решений или субъективно переживаемого «интеллектуального дефицита»;

б) в височной области - связаны с хроническим напряжением жевательных мышц (стискивание челюстей) и тем самым с невысказанными репликами самооправдания, отвода критики в свой адрес. Их можно образно назвать «головные боли возражения»;

в) боли в теменной области нередко сочетаются с вегетативными кризами, а при одновременном ощущении отсутствия опоры - с кризисом самоидентичности, особенно при пограничных расстройствах личности;

г) затылок, задняя поверхность шеи - с болями подобной локализации часто связаны проблемы ответственности, неизжитый страх наказания со стороны родителей (подавленное стремление «втянуть голову в плечи», «понурая» поза с опущенной головой);

д) боль, охватывающая голову со всех сторон, сдавливающая, как тугая «шапочка» или тяжелый «шлем» (в медицинской литературе подобная головная боль описывается как «каска неврастеника») - признак общей психической напряженности («головные боли напряжения»).

*2) Шея* - трудности речевого самовыражения, проявляющаяся как проблемы с голосом (особенно при социальной фобии), а также «комок» в горле (символически - «проглоченные» обиды).

*3) Плечевой пояс* - сдерживаемая агрессивность (в том числе конструктивная); блокирование социальных контактов, причем контактов активных, сопровождаемых телодвижениями, производимыми по собственной инициативе. Диапазон последних распространяется от формального рукопожатия до сердечных объятий.

*4) Грудная клетка:*

а) передняя поверхность груди, особенно в центре груди, несколько реже в области сердца - проблемы, связанные с общением (узкий круг контактов, общение с близкими людьми);

б) задняя поверхность груди или верхняя часть спины (включая область лопаток) –телесное отражение переживаний, вызванных недоброжелательством окружающих, предательством (символический «удар в спину»).

*5) Область живота* - также связана с общением, но охватывающим более широкий круг социальных контактов (в том числе с профессиональной, деловой коммуникацией).

*6) Область поясницы* - отсутствие надежной поддержки со стороны окружающих и в то же время необходимость принятия ответственных решений, способных вызвать значительные жизненные изменения (отсюда вторичная выгода, связанная с желанием избежать необходимости в одиночку «взваливать на себя тяжелый груз»). Дискомфорт в пояснице входит в телесно-психологический синдром отсутствия опоры - его масками на телесном уровне служат «поясничный остеохондроз», проблемы с коленными суставами и стопами.

*7) Таз, промежность* - сексуальность и лидерство (мотивация власти), болевые ощущения здесь нередко сочетаются с парестезиями, кожным зудом.

*8) Ноги:*

а) область бедер - подавляемая сексуальность. Как правило, встречается у женщин, при этом особенно характерны избыточные жировые отложения, что создает «тяжелую» фигуру (в литературе можно найти название «синдром русалки»);

б) коленные суставы - пассивность, блокирование инициативы, когда боль в суставах «не дает шагу шагнуть». Вторичная (психологическая) выгода болей в суставах в целом связана с самооправданием человеком своей пассивности - подобная боль «сковывает по рукам и ногам». Отчасти в происхождении подобных болей играют роль вытесненные «детские» формы проявления агрессивности, что особенно относится к проблемам с коленными суставами (желание по-детски «топнуть ногой», чтобы настоять на своем);

в) голени - здесь также скрыта подавленная агрессивность, часто проявляющаяся в болезненных судорогах икроножных мышц. Судороги также нередко встречаются при депрессивных состояниях, возникая во сне и являясь причиной дискомфортного пробуждения (синдром «беспокойных ног», желание «убежать» от болезненных воспоминаний, повторного переживания во сне психотравмирующих событий). Сошлемся также на К. Кастанеду (1997), по образному выражению которого, «мы храним все, что пережили, в виде ощущений с задней стороны ног»;

г) стопы - проблемы с опорой, как в физическом, так и в метафорическом смысле, соответствующем лоуэновскому заземлению (в частности, упомянем такую телесную маску психосоматических проблем, как «пяточные шпоры»).

Описанные выше дискомфортные телесные ощущения (спонтанно возникающие, притом стереотипные) являются своеобразными сигналами, с помощью которых подсознание стремится привлечь сознательное внимание и донести до сознания свои насущные потребности и сокровенные желания (своего рода подсознательно-сознательная коммуникация).

1. Связь психосоматики с этими дисциплинами ограничивается изучением зависимости психосоматических расстройств от особенностей культуры и условий жизни. [↑](#footnote-ref-1)
2. Пептическая язва – местное повреждение ткани внутренней оболочки тех отделов пищеварительного тракта (пищевода, желудка или двенадцатиперстной кишки), которые подвергаются действию желудочного сока. Этот сок состоит главным образом из *пепсина* и соляной кислоты, отсюда и название язвы – «пептическая». [↑](#footnote-ref-2)
3. Приложение принципа сохранения энергии к закономерностям функционирования человеческой психики Фрейд унаследовал от Г. Гельмгольца – основоположника физиологической школы в психологии, к которой принадлежал и учитель Фрейда, физиолог Э. Брюкке. [↑](#footnote-ref-3)