Филиппова Г.Г.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В РАННЕМ ОНТОГЕНЕЗЕ

Психосоматика – пограничная область психологии и медицины. В целом психосоматика рассматривает патогенез соматических расстройств с позиций взаимодействия индивида с социальной средой. Именно это и является психологической частью данного подхода.

Психология рассматривает развитие ребенка как процесс, подчиняющийся эпигенетическим закономерностям: процесс развития осуществляется как взаимодействие организма со средой. При этом организм имеет свой генетически заданный диапазон возможностей, который реализуется в соответствующих условиях среды.

Процесс развития проходит определенные периоды (генетически заданные), во время которых должны быть обеспечены необходимые условия среды [2]. Среда развития ребенка в раннем онтогенезе обеспечивается матерью. Первую часть этого периода ребенок проводит в утробе матери, и материнский организм полностью обеспечивает все условия, в которых существует и развивается плод. После рождения ребенок связан с матерью физиологически и психически. В первые три года жизни влияние матери на его развитие практически перекрывает все остальные факторы, в дошкольном возрасте остается ведущим, а позднее неравномерным по отношению к различных аспектам физического и психического развития ребенка. В частности, влияние матери на репродуктивную сферу девочки остается решающим, по отношению к мальчику – весьма существенным, хотя эта проблема изучена еще недостаточно. История изучения этих проблем в психологии насчитывает уже более полутора сотен лет, начиная с работ, предшествующих появлению психоанализа З. Фрейда. В XX веке изучение нарушений психического и физического развития ребенка и связи этих нарушений с взаимодействием ребенка с матерью послужило основой разработки диадического подхода, основы которого заложены в работах Р. Шпитца [16]. В рамках этого подхода диадой называется система «мать-дитя», в процессе функционирования которой и происходит развитие ребенка.

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

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

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

- сначала взаимодействие осуществляется на физиологическом уровне (в первой части пренатального периода)
- затем взаимодействие осуществляется на психофизиологическом уровне (неразделенность физиологии и психики) (с середины пренатального периода до конца периода новорожденности)
- постепенно происходит разделения физиологического и психического уровней взаимодействия, которое происходит неравномерно в отношении различных линий развития ребенка (младенчество – ранний возраст)
- взаимодействие осуществляется на психическом уровне (после трех лет)

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

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

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

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

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

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

механизмы матери определяют ее способ переживания фрустрации в случае неготовности к материнству.

Психосоматический подход к интерпретации нарушений в развитии ребенка рассматривает патогенез психосоматики как результат несоответствия материнской среды общей логике развития ребенка. В последней четверти XX века были предложены подходы, объясняющие эту взаимосвязь. В.В. Ковалевым выделены возрастные уровни преимущественного нервно-психического реагирования ребенка и соответствующие возрастные этапы формирования этих уровней, особенности протекания которых и обусловливают специфику развития ребенка [9]:

1. Соматовегетативный (0 – 3 года)
2. Психомоторный (4 – 7 лет)
3. Аффективный (5 – 10 лет)
4. Эмоционально-идеаторный (11 – 17 лет).

Выделенные уровни логически сопоставляются с известными в психологии способами реагирования взрослого человека на психотравмирующее воздействие. Эти соотношения можно отразить в следующей схеме (схема 1):

Схема 1. Соотношение этапов развития нервно-психического реагирования (по Ковалеву В.В.) и способов реагирования на психотравмирующее воздействие

Возраст	Уровень нервно-психического реагирования	Индивидуальный способ реагирования на психотравмирующее воздействие
0 – 3 года	Соматовегетативный	Психосоматический
4 – 7 лет	Психомоторный	Телесное отреагирование (особенности движений, мышечные зажимы)
5 – 10 лет	Аффективный	Эмоциональное отреагирование Фиксация на препятствии Эмоциональные расстройства
11 – 17 лет	Эмоционально-идеаторный	Особенности ценностно-смысловой сферы Рационализация (перевод целей в средства, замена целей) Акцентуации характера

В основе патологического формирования преимущественного типа реагирования лежит эмоциональное расстройство в виде депрессии. На каждом из выделенных возрастных этапов у ребенка развивается соответствующий способ реагирования. В начале развития ребенок реагирует на физические и психические факторы одинаково –

психосоматически. В норме развитие ребенка происходит как уменьшение доли соматического компонента и увеличение доли психического компонента (сначала психомоторного, затем поведенческого, затем эмоционального, затем ценностно-смыслового). При дизонтогенезе происходит ресоматизация – возвращение к соматовегетативному реагированию (или его закрепление и дальнейшее усугубление).

На первом году жизни ребенок реагирует на психический депривационный фактор в форме маскированной или соматизированной депрессии. Депривационным фактором является нарушение материнской среды (которое выражается в нарушении диадических отношений). Реакция ребенка на эту депривацию (проявление депрессии) отличается от таковой у взрослых, так как у ребенка еще не сформирована эмоциональная сфера [1, 6, 7, 9, 10]. Депривационные расстройства выражаются в следующих проявлениях, последовательность которых соответствует глубине расстройства:

1. Расстройство пищевого поведения
2. Расстройство ритмов сна-бодрствования
3. Появление соматических нарушений
4. Регресс соматовегетативного компонента и увеличение регресса поведения.

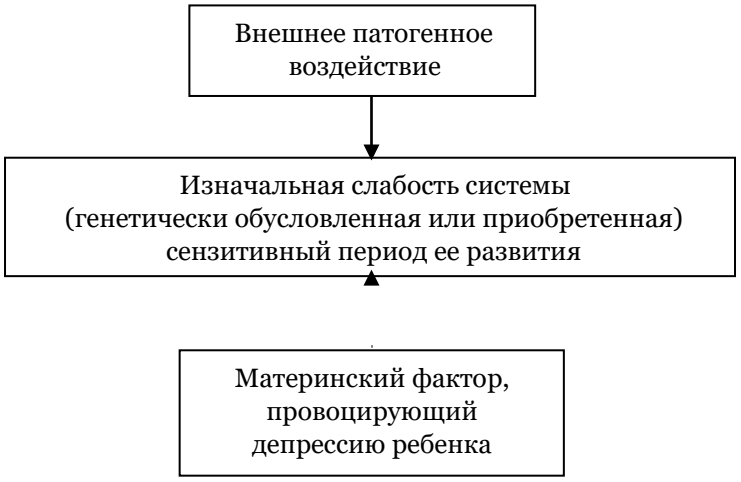
Последовательность соматовегетативных нарушений у ребенка при маскированной депрессии, отражающая глубину расстройства, следующая:

1. Желудочно-кишечные расстройства
2. Кожные нарушения
3. Респираторные нарушения

При нарушениях условий развития в семье у ребенка чаще всего наблюдается дисинхрония развития, при этом некоторые направления развития остаются относительно сохранными, а другие «западают». Чаще относительно сохранно развитие эмоций и взаимодействия со взрослым, и больше страдают вегетативные и соматические функции.

Наиболее сложным является вопрос о патогенезе конкретных нарушений. В целом в психосоматике существует следующий взгляд на этой проблему: наличие врожденных конституциональных особенностей создает «слабое звено»; внешнее воздействие попадает на сензитивный период развития данной «слабой» системы; основным патогенным фактором является материнская депривация, провоцирующая депрессивное расстройство у ребенка. В результате ребенок реагирует присущим ему в этот период соматовегетативным способом, а сочетание «слабое звено + сензитивный период развития данной ослабленной системы» создает соответствующую картину соматизации [1, 6, 7, 9]. Эти сочетания можно отобразить следующей схемой (схема 2):

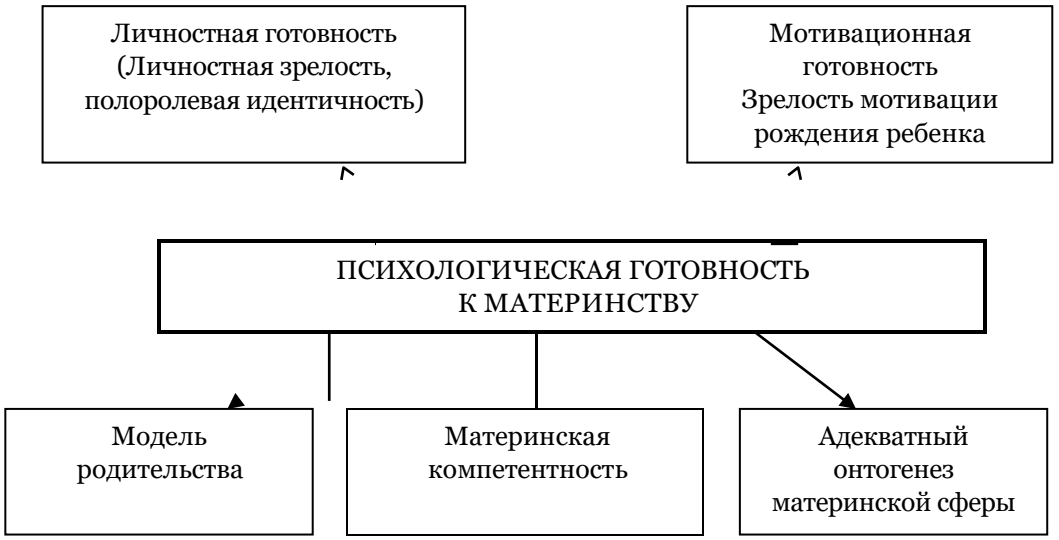
Схема 2. Формирования соматовегетативного способа реагирования



При правильном развитии происходит формирование устойчивости к эмоциональному стрессу. При неправильном - у ребенка развивается дефицитарность адаптационных механизмов, поскольку развитие продолжается, а эффективных адаптационных механизмов не формируется, и ребенок выходит на следующий уровень с еще большим дефицитом возможностей. В этом случае закрепляется инфантильный способ реагирования (по Фрейду), к которому ребенок возвращается в будущем в ситуации фрустрации [15].

Поскольку среду развития ребенка в этом возрасте создает мать, то она и обеспечивает правильный или неправильный путь развития. Ее задача – соответствовать особенностям ребенка. Д. Винникотт отразил это в понятии «достаточно хорошая мать» (мать, предоставляющая заботу, соответствующую потребностям и особенностям данного ребенка) [5]. Такое соответствие обеспечивается погруженностью матери в заботу о ребенке, ее включенностью, проявляется в чувствительности, отвечаемости, компетентности (что и составляет готовность к материнству). Это возможно только тогда, когда ребенок и материнство являются желаемыми, а не фрустрирующими факторами для женщины (это определяется как мотивационная готовность к материнству). Имеющиеся в настоящее время исследования в этой области позволяют представить следующую схему психологической готовности к материнству [12, 13, 14] (схема 3):

Схема 3. Психологическая готовность к материнству



Что же должна обеспечивать мать для ребенка, и как психологическая неготовность к материнству приводит к нарушению развития ребенка? С позиции психологии раннего развития мать должна своевременно и качественно удовлетворять базовые потребности ребенка (определение Д. Винникотта [5]).

С современной точки зрения можно выделить два уровня потребностей ребенка:

1. Уровень психофизиологических потребностей, обеспечивающий необходимые условия для развития всех систем организма ребенка:

- физиологические потребности, обеспечивающие рост и развитие организма
- уровень сенсорной стимуляции, обеспечивающий оптимальный уровень эраузал мозга, необходимый для развития
- уровень эмоционального насыщения, обеспечивающий базовое эмоциональное состояние

2. Уровень психических потребностей:

- потребность в защите, заботе, поддержке, обеспечивающая базовую уверенность в мире
- потребность во взаимодействии со взрослым
- потребность в инициативе

Соотношение указанных потребностей представлены в следующей схеме (схема 4):

Схема 4. Удовлетворение матерью потребностей ребенка



При неудовлетворении этих потребностей ребенок входит в состояние дистресса, при достаточно постоянном действии которого развивается депрессия и ребенок реагирует на свойственном данному возрастному этапу уровне нервно-психического реагирования.

Множество исследований подтверждают действие материнского фактора на психофизическое развитие ребенка. Приведу некоторые из них.

1. Ю.С. Шевченко и Ю.Ф. Антропов выделяют следующие особенности детей с психосоматическими расстройствами и их микросреды [1]*:*

- личностные расстройства у детей – 87%
- личностные расстройства и у их родителей – 84,4%
- нарушение диадических отношений – 58,5%
- патология воспитания – 59,2%
- плохие материальные условия – 3,6%

2. Д.Н. Исаев выделяет следующие факторы патогенеза психосоматических расстройств у детей [7]*:*

- неспецифическая наследственность и врожденная отягощенность соматическими нарушениями и дефектами
- наследственная предрасположенность к психосоматическим расстройствам
- нейродинамические сдвиги (нарушения ЦНС)
- личностные особенности больного

- психическое и физическое состояние во время действия психотравмирующих событий
- особенности психотравмирующих событий

Как видно из следующих двух схем (схема 5 и схема 6), практически все отмеченные этими авторами особенности, свойственные детям с психосоматическими расстройствами, в своем происхождении связаны с действием материнского фактора (кроме материальных условий, % которых не является статистически значимым).

Схема 5. Особенности детей с психосоматическими расстройствами и особенности их микросреды (по Ю.С. Шевченко и Ю.Ф. Антропову) и связь этих особенностей с материнским фактором:

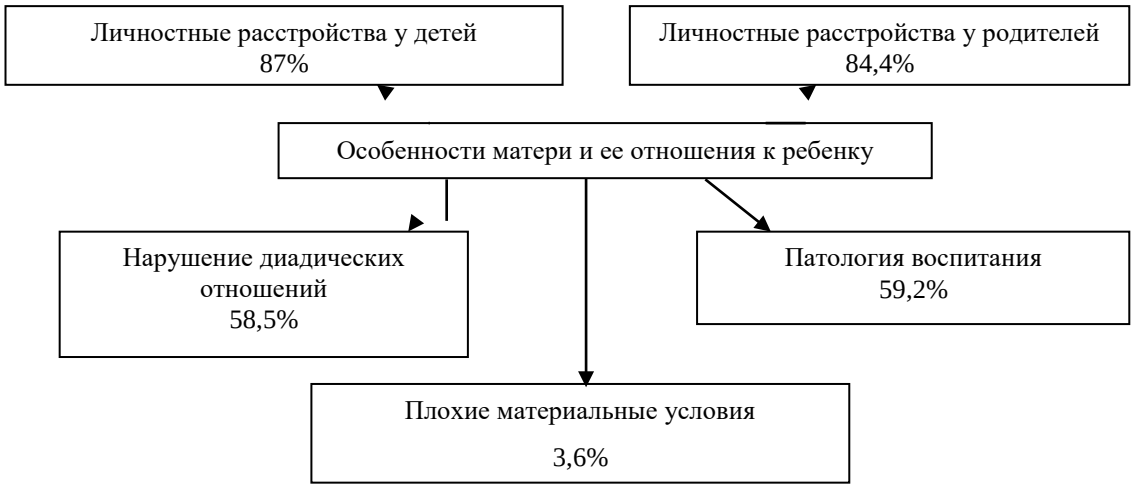
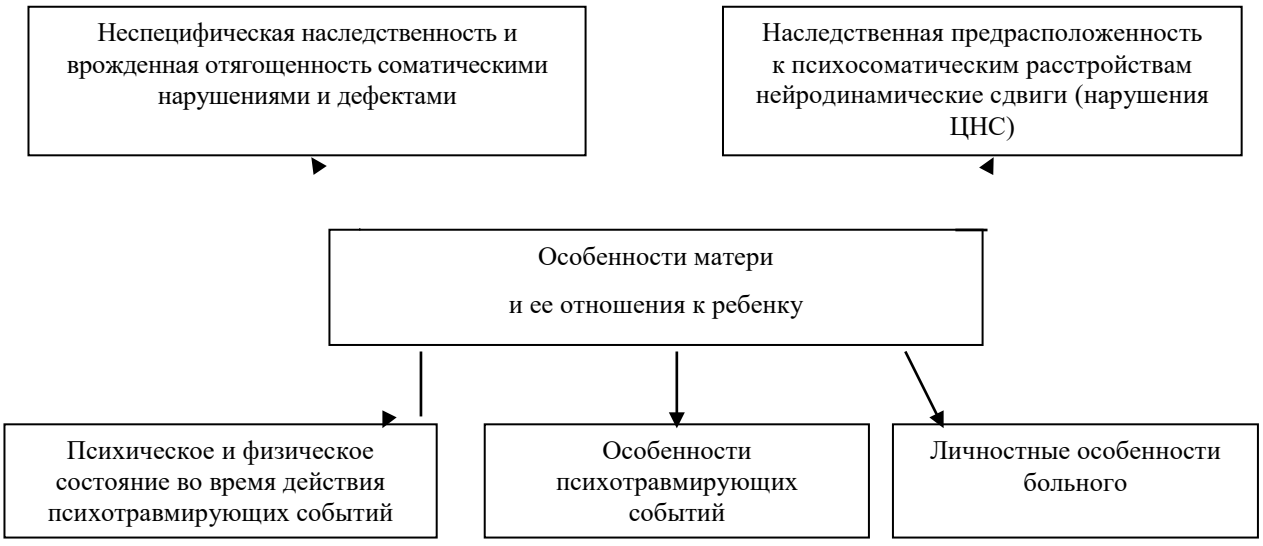


Схема 6. Факторы патогенеза психосоматических расстройств и их связь с материнским фактором (по Д.Н. Исаеву)



Главным в развитии ребенка является пролонгированность и комплексность действия материнского фактора. Материнское отношение формируется еще до появления ребенка (и до его зачатия), и закономерно переходит в отношение матери к ребенку в беременности, родах, установке на лактацию, раннем взаимодействии и отношении к ребенку в раннем, дошкольном возрасте и в более старшие возраста [12, 13, 14]. Это устойчиво отражается в базовом уровне эмоционального благополучия ребенка [10, 12, 13]. Соответственно, низкий базовый уровень эмоционального благополучия и может рассматриваться как депрессивное состояние ребенка. В раннем возрасте оно выражается в присущем этому возрасту соматовегетативном реагировании. Данные исследований в этой области свидетельствуют о взаимосвязи эмоционального благополучия ребенка с материнским отношением и ценностью ребенка для матери, причем не только после рождения, но и до появления ребенка на свет [12, 13, 14](таблица 1).

Таблица 1. Взаимосвязь эмоционального благополучия ребенка и отношения матери к ребенку в беременности и после родов

Ценность ребенка для матери в беременности	Эмоциональное благополучие ребенка в дошкольном возрасте	Коэффициент корреляции
Адекватная	Высокое	0.63
Неадекватная	Низкое	0,8

Ценность ребенка для матери в дошкольном возрасте	Эмоциональное благополучие ребенка в дошкольном возрасте	Коэффициент корреляции
Адекватная	Высокое	0.76
Неадекватная	Низкое	0,88

Особенности течения беременности	Ценность ребенка для матери в беременности	Коэффициент корреляции
Физиологическая беременность	Адекватная	0,9
Нарушение течения беременности (тревожный и амбивалентный стили переживания)	Пониженная, Повышенная	0,64
Сниженная симптоматика беременности (игнорирующий стиль переживания)	Низкая	0,9

Стиль материнского отношения после родов	Ценность ребенка для матери после родов	Коэффициент корреляции
Адекватный	Адекватная	0,99
Тревожный, Амбивалентный	Пониженная, Повышенная	0,6
Эмоционально-отстраненный, регулирующий	Низкая	0,99

Исследования нарушений репродуктивной функции женщины (бесплодие, невынашивание, патология беременности и родов), проведенные последние годы, свидетельствуют о взаимосвязи этих нарушений с отношением матери к будущему ребенку [13, 14] (таблица 2).

Таблица 2. Взаимосвязь нарушений репродуктивной функции и отношения матери к ребенку

Успешность репродуктивной функции	Отношение матери к ребенку	Коэффициент корреляции
Физиологическая беременность	Адекватное	0.75
Нарушение репродуктивной функции	Неадекватное	0,87

В настоящее время мы знаем, что неадекватная позиция матери в ее взаимодействии с ребенком связана с онтогенезом ее материнской сферы и выражается на всех этапах развития диадических отношений (с периода беременности и даже до зачатия) в присущих матери способах реагирования на фрустрирующую ситуацию [13, 14]. То есть женщина реагирует на беременность теми же способами, которые присущи ей как формы нервно-психического реагирования, сформированные в ее раннем онтогенезе: соматовегетативная форма выражается в патологии беременности; психомоторная – как телесное отреагирование в форме невынашивания; аффективна – в форме невротических расстройств; эмоционально-идеаторная – в форме рационализации (игнорирования). Эти соотношения представлены в таблице 3.

Таблица 3. Соответствия онтогенеза нервно-психического реагирования и нарушений репродуктивной функции

Уровень нервно-психического реагирования	Индивидуальный способ реагирования на психотравмирующее воздействие	Нарушение репродуктивной функции у женщины
Соматовегетативный	Психосоматический	Экстрагенитальная и акушерско-гинекологическая патология
Психомоторный	Телесное отреагирование (особенности движений, мышечные зажимы)	Бесплодие, невынашивание
Аффективный	Эмоциональное отреагирование Фиксация на препятствии Эмоциональные расстройства	Невынашивание, Невротические расстройства в беременности
Эмоционально-идеаторный	Особенности ценностно-смысловой сферы Рационализация (перевод целей в средства, замена целей) Акцентуации характера	Игнорирующий стиль переживания беременности

Это подтверждается имеющимися данными о соотношении нарушений репродуктивной функции, отношения матери к ребенку и своему материнству и онтогенезом ее материнской сферы (Г.Г. Филиппова [13, 14]).

Таблица 4. Связь нарушений репродуктивной функции с отношением матери к ребенку, своему материнству онтогенезом материнской сферы

Состояние репродуктивной функции	Эмоционально принятие ребенка	Адекватный образ ребенка	Адекватный образ себя как матери	Онтогенез материнства (адекватность отношений с матерью)
Выраженные нарушения (бесплодие, невынашивание, гестозы)	5%	2%	2%	2%
Средняя выраженность нарушений (патология беременности без угрозы для себя и развития ребенка)	5%	11%	11%	20%
Физиологическая беременность	По всем показателям **от 35 до 50%** в зависимости от выборки			

Все вышесказанное позволяет строить вполне обоснованное предположение о том, что даже конституциональные особенности ребенка (как предрасположенность к психическим и физическим патогенным воздействиям среды – психический и соматический диатез) связаны во многом с материнским фактором и формируются пренатально в условиях соответствующей материнской среды. По крайней мере, корреляция материнского отношения и этих особенностей ребенка существует. Углубленное изучение этих взаимосвязей - перспективная задача исследования перинатальной психологи.

И всего сказанного следует, что необходима комплексная диагностика и терапия готовности к материнству и диадических отношений. При этом следует учитывать, что на среду развития ребенка (мать и шире – семью) в перинатальном периоде и раннем возрасте ребенка мы можем воздействовать только психологически (что подразумевает психологическую работу с родителями на всех этапах планирования, зачатия, вынашивания, рождения и раннего развития ребенка).

Основные подходы к комплексной оптимизации среды развития ребенка в настоящее время могут быть сформулированы следующим образом:

1. Профилактика и подготовка к родительству до зачатия (диагностика, подготовка, коррекция, терапия)

2. Сопровождение в беременности, родах, раннем периоде родительства

3. Диагностика и коррекция нарушений родительской сферы матери и отца во всех возрастах ребенка

Все это должно осуществляться во взаимодействии врачей и психологов (а на уровне практики – во взаимодействии с педагогами, социальными работниками и т.п.). Тактика вмешательства зависит от глубины имеющихся расстройств. Когда уже есть выраженные нарушения в функционировании систем жизнеобеспечения и соматоморфоз – психология занимает позицию помогающей и сопровождающей, а до появления расстройств такого уровня психологии принадлежит ведущая позиция.

Особенность психологической помощи состоит в следующем: психолог воздействует на систему взаимодействия матери с ребенком, осуществляя коррекцию не только и не столько психофизического состояния ребенка, сколько причин нарушений и самой среды развития ребенка.