

Взгляд на психосоматическое развитие ребенка сквозь призму концепции П.Я. Гальперина

В.В. Николаева

доктор психологических наук, профессор кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова

Г.А. Арина

старший преподаватель кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова

В.М. Леонова

аспирант кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова

Статья посвящена обсуждению возможности применения теории П.Я. Гальперина как методологического основания для анализа психосоматического развития ребенка. В таком ракурсе психосоматический онтогенез предстает как процесс овладения телесными функциями и действиями, проходящими через стадии воспитания и обучения, в результате чего зрелый телесный феномен обретает свойства, аналогичные высшей психической функции. Социальная регламентация телесных проявлений, регулирующая процесс овладения ими, анализируется как один из ключевых механизмов включения различных сторон телесного функционирования в социальный контекст и их постепенной трансформации под его влиянием. По аналогии с концепцией формирования умственных действий рассматривается развитие способностей к регуляции телесных функций, развитие категориальной структуры внутренних ощущений, становление образа внешности, образа здоровья и болезни, симптоматического поведения и т. д. Исследуется как нормативный, так и отклоняющийся пути психосоматического развития на основе общих для них закономерностей интериоризации.

Ключевые слова: телесность, психосоматическое развитие, интериоризация, социализация, теория формирования умственных действий, психосоматический феномен, психосоматический симптом.

Подход П.Я. Гальперина, сфокусированный на процессе овладения внешним действием и перевода его во внутренний, идеальный план, направлен на решение вопроса о том, как формируются конкретные психические функции, т. е., по сути, описывает процесс интериоризации. В результате теоретических и экспериментальных исследований, проведенных, в том числе последователями П.Я. Гальперина, была создана теория поэтапного планомерного формирования умственных действий, а так же разработано множество методик и способов применения этой теории на практике обучения в школах и других учебных заведениях [2]. Однако очевидно, что исследование интериоризации, как универсального механизма социализации психического, не может быть ограничено только областью познавательной деятельности. Огромное количество проведенных исследований в рамках этого подхода, богатство полученных результатов, обоснованность их концептуализации демонстрируют возможности успешного применения теории и ставят вопрос о возможном расширении областей исследования. Мы предполагаем, что концепция П.Я. Гальперина может служить

методологическим основанием для исследований в сфере не только познавательных, но и некоторых других психических процессов, которые проходят сходный путь интериоризации и в зрелом виде представляют собой социализированные, культурно и исторически опосредованные функции. Так, некоторые положения концепции можно применить и к анализу психосоматического развития ребенка, которое следует рассматривать как процесс активного овладения телесными функциями, разворачивающийся в соответствии с механизмами интериоризации, описанными П.Я. Гальпериным. В психологии телесности существуют некоторые трудности с определением поля психосоматических феноменов, свойственных нормативному, здоровому развитию человека [8]. В обыденных представлениях телесные явления обычно осмысляются как биологические по своей природе, но в своем зрелом виде они являются продуктом особой линии развития — психосоматической, в процессе которой телесные проявления социализируются, обретая новые регуляторные механизмы психосоциального уровня. Сами психосоматические феномены можно рассматривать как

форму внутренней активности, сформировавшейся по вектору «извне-вовнутрь». Так, общеизвестен факт перехода от внешнего контроля телесных проявлений к их внутренней регуляции. Однако контроль является не единственной формой психологической регуляции субъектом своих телесных проявлений, интериоризируемой в процессе психосоматического развития. К таким формам также относятся построение образа тела, категориальной структуры телесности и др. [6; 7; 8].

Для того чтобы показать возможность приложения концептуального аппарата теории поэтапного формирования в психологии телесности, проследим основные вехи психосоматического развития. Развитие телесности человека в онтогенезе происходит путем включения различных сторон телесного функционирования в социальный контекст и их постепенной трансформации под его влиянием. Содержанием психосоматического развития становится освоение знаково-символической системы, включающейся в качестве посредника и регулятора в переживание и выражение телесных потребностей и ощущений. В своем зрелом виде проявления телесной жизни опосредуются всей структурой личности человека, ее когнитивными, эмоциональными и ценностно-смысловыми компонентами. Телесный феномен (например, перцептивный образ той или иной модальности, движение — любое проявление функционирования тела) оказывается представлен в сознании, будучи уже опосредованным, социальным по своей природе и принципиально доступным произвольной регуляции. То есть превращается в собственно психосоматический феномен, имеющий аналогичные высшей психической функции свойства. Психосоматический феномен является следствием закономерной социализации телесных потребностей, ощущений, функций. Будучи опосредованным эмоционально, когнитивно, а также на смысловом уровне, телесное проявление становится доступным для осознания переживанием, образом и действием. Вследствие этого процесса одно и то же телесное событие будет создавать разные психосоматические феномены: так, рана победителя или побежденного в схватке, обретая разный смысл, эмоциональную коннотацию, по-разному осознается и даже, как известно, заживает. Не только существующие телесные феномены и действия трансформируются в процессе включения их в культурно-историческую среду через знаково-символическую систему нормативов и социальных эталонов, но так же и создаются новые психосоматические феномены, такие как образ тела, субъективное самочувствие, переживание боли, болезни и т. д. Индивидуальный рисунок психосоматического развития создается постепенностью созревания систем организма, с одной стороны, и изменением фокуса культурного внимания на теле ребенка в процессе его взросления — с другой. Сочетание этих факторов создает ориентировочную основу при овладении той или иной созревающей телесной функцией и действием. С этой точки зрения, все функции

можно условно разделить на два больших класса: явно социально регламентируемые, подлежащие воспитанию и обучению со стороны общества, и имплицитно регламентируемые.

С очевидностью мы можем проследить процесс овладения телесностью в тех ее аспектах, которые являются социально регламентируемыми. Так, в возрастной психологии накоплено большое количество данных о процессе овладения движением, созданы нормативные базы, содержащие информацию о том, какой репертуар движений должен быть доступен ребенку того или иного возраста. Например, существует понятие «двигательного возраста ребенка», описывающее умелость его движений и способы освоения пространства, свойственные тому или иному возрасту от младенчества до подростничества [4]. Отступление от этого «расписания» считается в медицинском сообществе возможным признаком патологии и вызывает беспокойство у родителей, при этом определенное действие (например, регрессивный возврат к предыдущему уровню организации движения) или отсутствие действия более высокого уровня вызывает отрицательную эмоциональную коннотацию в психике ребенка, а движения, соответствующие ожиданиям, получают поощряющую эмоциональную поддержку. Здесь можно вспомнить радость и гордость семьи при виде первых шагов ребенка. Так, эмоция близкого взрослого, направленная на ребенка и разделенная им, становится одним из первых регуляторов овладения движением. Далее в процесс овладения движениями включается система представлений о теле, которой взрослые и ближайшее окружение обучают ребенка, обозначая для него части его тела, их названия и границы. Сложные, дифференцированные движения нуждаются в развитой дифференцированной структуре представлений о собственном теле и неосуществимы без нее. Таким образом, овладение телесным действием требует надстройки сложной ментальной структуры, опосредующей его, меняющей функцию, превращающей просто движение тела в предметное или эмоционально-выразительное действие.

Другая телесная функция, о развитии которой накоплено достаточно знаний, уже в другой сфере психологического знания — психоанализе — это функция выделения. Так же, как и в случае с овладением движением, эмоции ближайших взрослых являются здесь основным механизмом регуляции и включения телесного феномена в контекст социальных нормативов. Принятие ребенком на себя регулирующей функции в отношении своей выделительной системы (например, приучение к горшку, способность откладывать поход в туалет, «терпеть») встречает у его родителей эмоции радости и воодушевления, тогда как при «откатах назад» ему транслируются эмоции стыда, страха неодобрения, которые выступают важнейшими регуляторами социально приемлемого поведения. Похожая ситуация наблюдается и в случае психогенного энуреза. При овладении функцией выделения образуется

сложная система произвольного контроля и регуляции, изменяющая телесный акт таким образом, что он начинает играть особую, важную роль в построении идентичности ребенка как способного контролировать свое тело, свои естественные проявления. С точки зрения психоаналитического подхода в дальнейшем эти способности становятся базисом для развития других форм произвольности в отношении не только телесных, но и собственно психологических процессов.

На этих примерах показано овладение телесными функциями, социальная регламентация которых наиболее явная, открыто прописанная в медицинском и воспитательном дискурсе. Далее рассмотрим процесс формирования отношения к собственной внешности, который является также социально-регламентируемым (в современном мире это проявлено максимально), однако нормативы и идеалы, через которые происходит социализация этой части образа «Я», не так отчетливы, размыты, тем не менее механизмом развития здесь также является интериоризация. Родители ребенка задают изначальный эмоциональный тон, проявляя свое отношение к внешности ребенка уже с самого рождения. На этой стадии, в психоанализе описанной как стадия нормального нарциссизма, при адекватном ее прохождении, ребенок, интериоризируя принимающий, любящий взгляд родителя, овладевает базовой способностью к позитивному принятию себя. Параллельно он обретает все более сложную систему представлений о «внешнем теле» и его частях. Другим аспектом развития отношения к своей внешности становится включение ее в смысловой контекст, т. е. соотношение ее с ведущей деятельностью и ценностями, важными на том или ином этапе развития. Сензитивным этапом здесь становится подростковый возраст, когда внешность и ее соответствие общепринятым нормам и идеалам выходят на первый план психической жизни. Через сравнение себя с идеалами и интериоризацию мнений о себе окружающих подросток овладевает способностью к оценке своей внешности в контексте отношений с важными для него другими [7]. Юноши и девушки по-разному переживают изменения своего тела, происходящие в пубертатный период; было показано, что в это время удовлетворенность своей внешностью часто растет у мальчиков, но снижается у девочек [9]. Современные культурные стереотипы мужской и женской внешности выступают регуляторами формирования отношения к собственной внешности у подростков. Так, женское тело находится под давлением идеала «бестелесного», тонкого тела с неправдоподобными пропорциями, и часто увеличение массы тела, приобретение более женственных форм в процессе взросления связано для девушки с неприятием своего тела и отчуждением от него, со стыдом и тревогой, скрепленным чувством собственной непривлекательности. Для мальчиков же изменения, связанные с телесным взрослением, чаще являются приближающими их к идеалу мужественности (то же самое увеличе-

ние массы тела оказывается здесь совсем в другом контексте и чаще воспринимается позитивно, с гордостью). Интериоризация отношения к своей внешности базируется в том числе на сравнении с «глянцевыми» идеалами [5], что может приводить к развитию телесного стыда. Однако важно помнить, что эти идеалы являются не единственным регулятором при развитии данного психосоматического феномена, с самого зарождения он встроен в систему отношений со значимыми близкими: родителями, друзьями и т. д., транслирующими свои нормы и идеалы. Так, вступая в пубертатный период с уже интериоризированной способностью позитивного принятия себя и своей внешности с ее несовершенствами, подросток может пройти этот этап достаточно безболезненно, и сформировать адекватный, принимаемый им самим образ своей внешности.

Как и умственное действие, пройдя процесс формирования и «вращивания» во внутренний, идеальный план, обретает черты свёрнутости и обобщенности, так и сформированное отношение к собственной внешности отходит с переднего плана сознания и сворачивается, становится частью эмоционального фона идентичности. В приведенных ранее примерах овладения движениями и функцией выделения мы так же наблюдаем эту динамику. Когда овладение пока еще внешней функцией (по отношению к пространству психического) начинается, она максимально развернута и находится на переднем плане сознания, далее, когда обретена способность к ее произвольной регуляции, она через некоторое время сворачивается и встраивается в структуру образа тела уже в качестве постпроизвольного новообразования [8].

Таким образом, процесс овладения телесными функциями реализуется через передачу контроля и способности к произвольной регуляции этих функций извне вовнутрь, при помощи разделенной эмоции, появления плана представлений и включения телесного действия в общий смысловой контекст. Подобный же путь овладения их регуляцией проходят и другие телесные феномены, регламентация которых в обществе отсутствует или же не так четко проявлена. Согласно представлениям П.Я. Гальперина, не существует умственных действий, которые не были бы изначально материальными или материализованными, существующими во внешней реальности; он пишет, что «кажущиеся отклонения от этого правила обусловлены стихийностью формирования умственного действия, либо незнанием природы материального действия» [3, с. 448]. Представляется, что это положение касается не только сферы умственной деятельности, но может также быть отнесено к телесной жизни, где гораздо больше феноменов и действий, в развитии которых нам трудно отследить те внешние действия, социальные нормы и регламенты, которые вращиваются во внутренний план. Такими феноменами, например, являются представления о своем теле, категориальная структура внутренних ощущений, образ здоровья и болезни, фено-

мен самочувствия и др. Так, в исследовании О.Г. Мотовилова [6], посвященном развитию представлений о собственном теле у семейных и интернатских детей, было показано, что качество общения со взрослым на ранних этапах развития влияет на формирование телесных феноменов. У детей, живущих в интернате, по сравнению с детьми, живущими в более полноценной социальной среде и имеющими больший доступ к разнообразным контактам с близким взрослым, наблюдается определенная задержка развития представлений о своем теле, которая выражается в замедлении процессов дифференциации и интеграции категориальной структуры телесности.

К наименее регламентированным психосоматическим феноменам относятся феномены, связанные с континуумом «здоровье-болезнь», однако они так же являются продуктом интериоризации и проходят через процесс овладения: при помощи тех же механизмов обретается индивидуальный рельеф представлений, отношений и смыслов здорового и болезненного состояния. Так, например, в структуре обыденных представлений, граница между понятиями здоровья и болезни «плавающая»: для кого-то она пролегает по линии изменения температуры тела, для кого-то — достаточно плохого или необычного самочувствия, чтобы считать себя больным, а кому-то для этого нужно почувствовать значительное снижение работоспособности или сильную, нарушающую обычную деятельность, боль. Овладение представлениями о том, что есть здоровье, а что болезнь, а также способностью определять эти два состояния по своему самочувствию, по-видимому, начинается с интериоризации родительских представлений. В некоторых семьях существует так называемый «культ здоровья ребенка», когда при малейшем проявлении чего-либо необычного в самочувствии или поведении ребенка он считается больным. Соответственно начинается курс лечебных действий, свойственный данной семье (виды обращения с болезнью: лечение при помощи таблеток, обращение к врачу или самолечение, различные варианты нетрадиционных методов лечения и т. д. — также являются продуктом интериоризации). В других случаях в семье может считаться достойной способностью терпеть боль и неприятные симптомы, быть стойким и не обращать внимания на свое состояние. Семья транслирует ребенку свои представления через декларируемые идеалы и нормы взаимоотношений со своим телом, через повторяемые паттерны поведения при заболевании кого-либо из ее членов, через проявление своих чувств к заболевшему. Однако редко эти представления бывают осознаны, логически выстроены и могут быть переданы ребенку в систематизированном виде. Овладевая психосоматическими феноменами, такими, как образ здоровья, болезни, самочувствия, ребенок (языком теории формирования умственных действий) опирается на неполную и часто внутренне противоречивую ориентировочную основу. Стихийность возникновения таких психосоматических феноменов приводит к тому, что они легко конверти-

руются в симптомы; продуктами интериоризации становятся «выученные», «семейные» симптомы, фиксация в образе тела слабых мест, мишеней для актуализации симптомов, стереотипы и мифы о теле; происходит обучение манипуляции болезнью, извлечения из нее вторичной выгоды и т. д.

Таким образом, можно видеть, что хотя овладение этими феноменами происходит не регламентированно, стихийно и спонтанно, оно идет по тому же пути, что и овладение социально контролируемыми функциями. Механизмы и этапы овладения представлением о собственном теле хотя и проявлены не так отчетливо, но остаются теми же: разделенная с близким взрослым эмоция формирует эмоциональную базу для овладения феноменом (недоступность или слабая доступность опыта разделенной эмоции, как в случае с воспитанниками интерната, формирует патогенетический базис для дальнейшего отклонения в развитии телесности и делает индивида уязвимее к заболеваниям психосоматического спектра). Развитие плана представлений, для которого также необходимо присутствие взрослого, несущего значающую функцию, способствует дифференциации и усложнению категориальной структуры телесности; включение в смысловой контекст позволяет расположить образ своего тела в системе координат актуальных ценностей субъекта.

В том ракурсе, в котором мы анализируем психосоматическое развитие, оно предстает как интериоризация особой формы внутренней активности по отношению к своему телу, и в этом процессе телесность обретает черты высшей психической функции. Благодаря сочетанию воспитания и обучения в становлении телесности психосоматическое развитие может считаться процессом овладения телесными функциями и действиями, рождающими переживание своего тела как инструмента личности и носителя уникальных свойств идентичности. Однако в те моменты, когда этот процесс по тем или иным причинам нарушается, формируется психосоматический симптом.

Психосоматическое расстройство можно также рассмотреть через призму представлений о формировании внутреннего действия. В концепции П.Я. Гальперина большое внимание уделяется поэтапности формирования психических функций, этапы были выделены и рассмотрены подробно на примере исследования познавательных функций, от формирования мотивационной основы через ориентировочную основу действия и проговаривания его про себя к максимальной внутренней автоматизации. Было показано, что при достаточной ориентировочной основе действия сложный материал становится доступным и на более ранних возрастных этапах [3].

Для понимания путей развития психосоматического симптома этот аспект теории П.Я. Гальперина также имеет большое значение: можно предположить, что для гармоничного овладения телесными действиями необходима аналогичная поэтапность и развернутость процесса «воспитания» телесности,

однако в действительности психосоматические феномены могут формироваться иначе. Часто они заимствуются в готовом виде из родительского репертуара обращения с собственным телом или же могут быть продуктом интериоризации любого элемента той противоречивой информации о теле и его функционировании, которая рассеяна по множеству дискурсов: в медицине, моде как особом дискурсе привлекательности, в стереотипах социальной успешности, мифах о теле и т. д. Эмоциональный фон представлений о телесном в современной культуре противоречив и амбивалентен, а репертуар телесного опыта, полученный к определенному возрастному этапу, сугубо индивидуален. Таким образом, социокультурная ситуация предоставляет возможности развития телесности как по здоровому пути, так и по пути развития психосоматической патологии.

В качестве примера можно рассмотреть так называемое «симптоматическое поведение», которое принимается окружающими за болезнь, однако на самом деле ею не является. Это такой особый способ поведения, при котором ребенок (или взрослый) может жаловаться на те или иные болезненные состояния, не имеющие объективных соматических причин, или испытывает их не в той мере, в какой говорит. Так, жалобы на «боли в животе» часто предъявляются школьниками при переживании стрессов, связанных с учебой. По аналогии с этапами формирования умственных действий в данном случае так же можно описать первый (мотивационный) этап как особое **мотивационное поле** для формирования симптома. Учебный стресс (накопленный или связанный с конкретной ситуацией), отсутствие адекватных копинг-стратегий, недостаточная поддержка со стороны значимых взрослых, невозможность выхода создают **мотивационное поле** для образования симптоматического поведения, призванного «эвакуировать» ребенка из сложной для него ситуации. Большое количество примеров мотивированности симптоматического поведения собрано в работах по системной семейной терапии, в которых показано ведущее значение не причинного, а целевого аспекта мотивации. Иными словами, чтобы понять симптоматическое поведение, часто нужно искать не причину, а его цель, ответ на вопрос «зачем», а не «почему» [1]. К примеру, жалобы на боли могут служить «инструментами» ребенка в деле объединения родителей (обеспокоенные здоровьем ребенка, они меньше ссорятся) или могут помочь вернуть внимание и заботу, которые были перенесены на сиблинга. Следующим этапом, по П.Я. Гальперину, является формирование **ориентировочной основы**. В данном случае она формируется из всего многообразия информации, эмоциональных и ценностных коннотаций тела, здоровья и болезни. Становление этих феноменов происходит стихийно, через собственный опыт болезней ребенка, через наблюдение за болезнью кого-то из родственников и т. д. Ребенок может получить информацию о том, что при болезни определенный регресс с

его стороны и ожидание заботы о нем близких являются легитимными. Таким образом, он обучается извлекать «вторичную выгоду» из болезни, а формирование произвольного симптоматического поведения дает возможность получить ее.

Следующие этапы формирования внутреннего действия, по П.Я. Гальперину, описывают упражнение этого действия и его переход во внутренний план. Относительно симптоматического поведения это те этапы, когда происходит его хронификация, превращение из однократного в повторяющееся, оно становится одним из эффективных способов совладания с трудностями. Если симптоматическое поведение достигает своей цели, оно закрепляется и сохраняется как способ действия, подтвердивший свою эффективность, и в дальнейшем может использоваться при возникновении любой сложной ситуации. Как правило, количество ситуаций, при которых используется этот способ психологической защиты, расширяется со временем, а само симптоматическое поведение развивается и становится более разнообразным; так, жалобы на боли в животе перед трудным днем в школе могут продолжаться и при трудных днях в университете, на работе, неприятных делах дома и трансформироваться в жалобы на головные боли, боли в области сердца и любые другие виды недомоганий.

В конечном счете симптоматическое поведение может **автоматизироваться** и стать постпроизвольным. В случае психосоматического феномена обобщение и «свертывание» нового — телесного — переживания является завершающим этапом, позволяющим ему встроиться в образ тела, при этом уменьшается доступность произвольного контроля над действием, что выражается в невозможности по собственной воле начать и завершить соответствующий акт поведения. Так, ощущение недомогания может начать проявляться не только тогда, когда индивид хотел бы избежать трудностей в учебе, но и в любых ситуациях с повышенным напряжением, а далее — просто в значимых для него ситуациях (например, при важном разговоре или перед длительной поездкой, которую он мог долго ожидать).

Итак, развитие симптоматического поведения как варианта отклонения от нормальной линии психосоматического развития можно рассмотреть через призму представлений о процессе формирования внутреннего действия. Возникновение психосоматического симптома (в виде симптоматического поведения) протекает по тому же пути, что и развитие психосоматического феномена в норме, и, по сути, является интериоризацией особой формы внутренней активности по отношению к своему телу, как это происходит и в процессе становления высших психических функций. Ключевую роль играет система социальной регламентации телесных проявлений, которая встроена в воспитание и обучение, и может оказывать как саногенное, так и патогенное влияние в процессе становления телесности.

Литература

1. Варга А. Введение в системную семейную психотерапию М., 2011.
2. Гальперин П.Я. К учению об интериоризации // Вопросы психологии. 1966. № 6.
3. Гальперин П.Я. Развитие исследований по формированию умственных действий // Психологическая наука в СССР. М., 1959.
4. Колидзей Э.А. Личностно-ориентированное физическое развитие ребенка. М., 2007.
5. Мартынов С.Е., Арина Г.А. Средства массовой информации как фактор возникновения озабоченности соб-

ственной внешностью в юношеском возрасте // Культурно-историческая психология. 2009. № 4.

6. Николаева В.В., Мотовилин О.Г., Арина Г.А. Развитие личности в социальном пространстве. Роль социальной ситуации развития в становлении представлений ребенка о собственном теле // Развитие личности. 2003. № 2.

7. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М., 1989.

8. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М., 2002.

9. Rosenblum G.D., Lewis M. The relations among body image, physical attractiveness, and body mass in adolescence // Child Development. 1999. 70.

Looking at Psychosomatic Development of Child through the Lens of Galperin's Theory

V.V. Nikolayeva

PhD in Psychology, professor at the Department of Neuro- and Pathopsychology, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University

G.A. Arina

senior lecturer at the Department of Neuro- and Pathopsychology, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University

V.M. Leonova

PhD student at the Department of Neuro- and Pathopsychology, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University

The paper addresses the issue of applying Galperin's theory to the analysis of psychosomatic development in children. From this perspective, psychosomatic ontogenesis can be seen as a process of one's acquisition of body functions and actions that go through certain developmental and learning stages; as a result, a fully developed body phenomenon achieves some characteristics similar to those of higher mental function. Social regulation of bodily manifestations that controls the process of their acquisition is reviewed as one of the key mechanisms of incorporating various aspects of body functioning into the social context and their gradual transformation under its influence. The development of one's abilities to control his/her body functions, the categorical structure of inner senses, one's image of his/her appearance, images of health and illness, of symptomatic behaviour etc. - all are explored in the paper from the perspective of the concept of stage-by-stage formation of mental actions. The paper also examines normal and abnormal patterns of psychosomatic development in relation to interiorization principles common for both of them.

Keywords: corporeity, psychosomatic development, interiorization, socialization, theory of stage-by-stage formation of mental actions, psychosomatic phenomenon, psychosomatic symptom.

References

1. Varga A. Vvedenie v sistemnyuyu semeinuyu psihoterapiyu M., 2011.
2. Gal'perin P.Ya. K ucheniyu ob interiorizacii // Voprosy psihologii. 1966. № 6.
3. Gal'perin P.Ya. Razvitie issledovaniy po formirovaniyu umstvennykh deistvii // Psihologicheskaya nauka v SSSR. M., 1959.
4. Kolidzei E.A. Lichnostno-orientirovannoe fizicheskoe razvitie rebenka. M., 2007.
5. Martynov S.E., Arina G.A. Sredstva massovoi informacii

kak faktor vzniknoveniya ozabochennosti sobstvennoi vneshnost'yu v yunosheskom vozraste // Kul'turno-istoricheskaya psihologiya. 2009. № 4.

6. Nikolaeva V.V., Motovilina O.G., Arina G.A. Razvitie lichnosti v social'nom prostranstve. Rol' social'noi situacii razvitiya v stanovlenii predstavlenii rebenka o sobstvennom tele // Razvitie lichnosti. 2003. № 2.

7. Sokolova E.T. Samosoznanie i samoocenka pri anomalnykh lichnosti. M., 1989.

8. Thostov A.Sh. Psihologiya telesnosti. M., 2002.

9. Rosenblum G.D., Lewis M. The relations among body image, physical attractiveness, and body mass in adolescence // Child Development. 1999. 70.