

МИНОБРНАУКИ РОССИИ  
Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова»  
Кафедра общей психологии

«Допустить к защите»

Зав. кафедрой,

докт. пс. наук, доцент

 Е.В.Конева

Выпускная квалификационная работа бакалавра  
**Соматизация психического состояния родителей детей-пациентов**

Научный руководитель

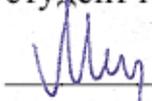
канд. психол. наук, доцент

 В.К.Солондаев

« 07 » июня 2020 г.

Исполнитель:

студент группы ПС-41БО

 Д.А.Михайлова

« 07 » июня 2020 г.

Ярославль

2020

Работа выполнена на кафедре общей психологии  
Ярославского государственного университета им. П.Г.Демидова

Научный руководитель: кандидат психологических наук,  
доцент кафедры общей психологии

  
В.К.Солондаев

Решение кафедры о допуске работы к защите  
протокол № 9 от 22.05.2020

## Реферат

Объем: 53 с., 2 главы, 5 таблиц, 46 литературных источников, 1 приложение.

Ключевые понятия: означивание, ощущения, психическое состояние, соматизация, телесность, ребенок-пациент, родители

Объект исследования: образ психического состояния и интрацептивный словарь испытуемых.

Предмет исследования: изменения образа психического состояния и интрацептивного словаря родителей в ситуации оказания педиатрической помощи.

Цель работы: изучение вторичного означивания интрацептивных ощущений родителей в ситуации медицинской помощи их ребенку.

Гипотеза: изменения психических состояний сопровождаются изменениями телесных ощущений по механизму вторичного означивания ощущений, описанному А.Ш. Тхостовым

### Основные результаты:

В процессе работы были изучены подходы к пониманию психосоматики, соматизации в отечественной и зарубежной литературе, были описаны представления о телесности с точки зрения культурно-исторической концепции. Исходя из полученных данных проведено исследование вторичного означивания интрацептивных ощущений родителей в ситуации оказания педиатрической помощи их ребенку.

В результате было установлено, что у родителей параллельно изменению психического состояния в исследуемой экспериментальной ситуации педиатрической помощи ребенку изменяется вторичное означивание интрацептивных ощущений – психическое состояние родителей соматизируется.

Введение.....	5
1. Теоретико-методологические аспекты и различные теоретические подходы к изучению психосоматики, соматизации и психологии телесности.....	8
1.1. История развития психосоматики в зарубежной и отечественной науке..	8
1.2. История развития понятия «соматизация».....	20
1.3. Переход от традиционной психосоматики к психологии телесности.....	25
2. Исследование вторичного означивания интрацептивных ощущений родителей в ситуации медицинской помощи их ребенку.....	32
2.1. Описание категориального аппарата исследования и используемых методик.....	32
2.2. Методическое обеспечение исследования .....	34
2.3 Результаты исследования и их интерпретация .....	35
Выводы .....	45
Заключение .....	46
Литература .....	47
Приложения .....	52

## Введение

В медицине принято ориентироваться на объективные проявления заболевания, в то время как субъект (пациент) устраняется из процесса лечения. Болезнь понимается как чисто физиологическое явление, а субъективные переживания больного, его собственные представления о болезни понимаются лишь как надстройка над болезненными ощущениями, которые зависят от объективных причин. Таким образом, в рамках объективного подхода роль психологических факторов второстепенна. Данные факторы принимаются во внимание только в том случае, если причину заболевания невозможно объяснить иным образом.

Тем не менее, учет психологических особенностей пациента практически значим, т.к. отрицательное психическое состояние может привести к замедлению процесса выздоровления, а также повлиять на качество жизни в сторону его ухудшения [30].

Актуальность данного исследования обусловлена тем, что в психологии достаточно широко представлен анализ психологических аспектов болезни и лечения на материале взрослой клиники. В частности, А.Ш. Тхостов [25] высказал идею о телесности как психологическом феномене, а также описал механизм означивания интрацептивных ощущений.

А.Ш. Тхостов [26] подчеркивает, что телесные ощущения в контексте болезни означают не только сами себя, но и саму болезнь, т.е. они развернуты не только внутрь, но и вовне. Отметим также, что телесные ощущения не всегда означаются в категориях болезни, их интерпретация может быть иной.

На педиатрическом материале исследования означивания телесных ощущений не проводились.

В связи с этим **целью** данного исследования является изучение вторичного означивания интрацептивных ощущений родителей в ситуации медицинской помощи их ребенку.

Цель нашей работы конкретизируется в следующем:

1. Разработка схемы исследования
2. Формирование выборки
3. Оценка фоновых ощущений испытуемых
4. Оценка фоновых психических состояний
5. Оценка ощущений испытуемых в заданной ситуации
6. Оценка психических состояний в описанной ситуации
7. Статистическая обработка данных исследования и их

интерпретация

**Объект исследования:** образ психического состояния и интрацептивный словарь испытуемых.

**Предмет исследования:** изменения образа психического состояния и интрацептивного словаря родителей в ситуации оказания педиатрической помощи.

Исходя из поставленных целей и задач, нами была выдвинута следующая **гипотеза:** изменения психических состояний сопровождаются изменениями телесных ощущений по механизму вторичного означивания ощущений, описанного А.Ш.Тхостовым.

Для проведения исследования были использованы две психодиагностические методики:

- 1) Методика «Рельеф психического состояния» А.О. Прохорова.
- 2) «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» А.Ш. Тхостова, С.П. Елшанского.

**Выборка:**

Исследование включает 3 серии. В первой серии исследования (2019) приняли участие 78 испытуемых женского пола. Возраст испытуемых от 21

до 42 лет, медиана 32 года. Возраст детей испытуемых (младшего из нескольких детей) от 1 месяца до 13 лет, медиана 2 года.

Во второй серии (2020) приняли участие 64 испытуемых женского пола. Возраст испытуемых от 24 до 52 лет, медиана 32 года. Возраст детей испытуемых (младшего из нескольких детей) от 6 месяцев до 14 лет, медиана – 3 года.

В третьей серии (2020) приняли участие 90 испытуемых. Из них – 52 испытуемых женского пола, 38 испытуемых мужского пола. Возраст испытуемых от 22 до 55 лет, медиана – 32 года. Возраст детей испытуемых (младшего из нескольких детей) от 6 месяцев до 14 лет, медиана – 4 года.

**Схема исследования:** Для первой и второй серий исследования была сформулирована проективная ситуация. Сначала испытуемые заполняли методику «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений», где необходимо было выбрать слова-дескрипторы, которые, по их мнению, описывают телесные ощущения. Затем испытуемые заполняли методику «Рельеф психического состояния», где им предлагалось оценить свое обычное (фоновое) психическое состояние.

Далее испытуемым предъявлялась проективная ситуация, и затем они повторно заполняли указанные выше методики, оценивая при этом, какие психические состояния может переживать и какие ощущения испытывать мама в описанной ситуации. В третьей серии исследования описание ситуации было переформулировано для участия как матерей, так и отцов. В остальном третья серия проводилась по схеме первой и второй серий.

# **1. Теоретико-методологические аспекты и различные теоретические подходы к изучению психосоматики, соматизации и психологии телесности**

## **1.1. История развития психосоматики в зарубежной и отечественной науке**

Психосоматика – «это область междисциплинарных исследований (философии, физиологии, медицины, психологии и др. наук), направленных на изучение проблемы соотношения психики и сомы, души и тела, т.е. психосоматической проблемы»[2].

Психосоматическая проблема имеет длительную историю развития. Сам термин «психосоматика» происходит от греческого «psyche» – душа и «soma» – тело, и впервые он был введен немецким психиатром Р. Хайнротом в 1818 году. Вместе с тем тесная связь психического и телесного была интереса со времен Гиппократов и Аристотеля.

У истоков научной медицины стояли две школы, которые отражали два подхода к пониманию сущности человека и болезни: гиппократическая школа Косса и школа первых анатомов Книда[17].

Гиппократическая школа Косса рассматривала болезнь как расстройство отношений между субъектом и действительностью (динамическая, гуморально-духовная, «психосоматическая» концепция). Причины болезни объяснялись с учетом уникальной неповторимой психологической индивидуальности человека, которая обнаруживает себя и в порождении болезненных симптомов.

С точки зрения школы первых анатомов Книда болезнь – это поражение определенной материальной структуры, т.е. она ограничена только логикой анализа собственно биологического, организменного уровня и не позволяет психологических интерпретаций.

Исходные оценки болезни и больного при этом различны: с точки зрения первого подхода – «человек болен», с точки зрения второго – «у человека есть болезнь»[8].

Это противопоставление (патология органа или патология отношения) проходит через всю историю медицины.[17]

На развитие психосоматики в значительной мере повлияли идеи психоанализа – З.Фрейд указал на связь психического и телесного. Психоанализ также определил психический патогенный «агент» – аффект, аффективный конфликт. Более того, в рамках психоанализа был описан механизм, который связывает обе реальности – психическую и соматическую. Данный механизм – это механизм истерической конверсии – соматическим нарушениям приписывалась функция символического выражения подавленных внутренних конфликтов [14, 17,29].

Г.Гродек [8] включил конверсионный механизм в систему других болезней, включая и болезни внутренних органов. Он считал, что физические симптомы в символической форме отражают влечения бессознательного.

Таким образом, считалось, что на основе тенденции вытесненного влечения могут проявляться многие заболевания, а именно через расстройство функции органа. Если конверсия на орган является обратимой, то это – невроз, но если обратное развитие невозможно и, следовательно, происходит деструкция органа, то это – психосоматическое заболевание.

Данная теория «символического языка органов», исходя из которой различные мысли, фантазии, стремления асоциального характера вытесняются в бессознательное, после чего и имеют проявления в расстройстве функции внутреннего органа, утверждала, что, например, отвращение к кому-либо может выражаться рвотой. Респираторные заболевания интерпретировались как стремление вернуться в лоно матери, пока собственная дыхательная система еще не работает. Большое значение конверсионной теории в том, что впервые психологическим факторам

уделялось внимание при объяснении механизмов развития телесных заболеваний [29].

Однако чтобы объяснить психосоматические нарушения, понятие конверсии является недостаточным. Невротические конфликтные напряжения – не единственные психические факторы, которые влияют на психосоматические заболевания, эти факторы гораздо более многообразны [8].

В противовес конверсионной теории были выдвинуты концепции Ф. Александера и Ф. Данбар. Они подвергли сомнению символическое значение психосоматической дисфункции, считая ее сопутствующей аффекту.[17] Теория «специфичности интрапсихического конфликта» Ф. Александера заключается в том, что специфичность болезни связана с конфликтной ситуацией. По его мнению[29], симптом не является символическим замещением вытесненного конфликта, симптом – это нормальное физиологическое сопровождение эмоциональных состояний, которые приобрели хроническое течение.

Будучи сторонником многофакторного подхода, Александер [37] утверждал, что появление и течение болезни управляется тремя группами переменных: личностной диспозицией, складывающейся с детства; провоцирующей эмоциогенной жизненной ситуацией; соматическими условиями, составляющими определенную конституцию. Психосоматическую специфичность он видел в определенном соответствии преобладания у человека тех или иных эмоций и их вегетативного сопровождения. Если эмоция не отреагирована, то это приводит к хроническим вегетативным сдвигам и в конечном итоге к деструкции органа.

Есть три вида психогенных заболеваний, которые выделял Александер: 1) истерические конверсии, 2) вегетативные неврозы, 3) психосоматические заболевания. Отреагирование конфликта может происходить только по вегетативным путям, что обуславливает развитие различных заболеваний, в частности, сахарного диабета, язвенной болезни, гипертонической

болезни и других. Каждому заболеванию характерен какой-либо внутренний конфликт. Этот конфликт связан с определенными эмоциональными переживаниями со своими физиологическими коррелятами. Так, например, больной с язвенной болезнью испытывает конфликт между потребностью в опеке и стремлением к независимости [29].

Ф. Данбар[34] – автор теории «личностного профиля», сделала вывод о том, что у людей, которые имеют одну и ту же болезнь, есть похожие личностные особенности, которые и ответственны за возникновение заболевания. Данная концепция, по мнению автора, определяет болезнь в широком контексте жизнедеятельности человека, не ограниченном внутриспсихической сферой.

Данбар изучила большое количество больных, имеющих органические нарушения, и описала различные личностные профили (типы личности), например, такие как «язвенная личность», «коронарная личность» и т.д. Для описания типов личности Данбар использовала целый комплекс факторов. Сюда относились такие факторы, как отношения с окружающими, социальный статус, образование, история прошлых болезней и т.д. [17,29].

Таким образом, согласно данной концепции, на специфичность болезни оказывает влияние не только внутриличностный конфликт, но и личностные факторы. Главную роль в специфичности заболевания играет их взаимодействие. Болезнь в данной теории не ограничивается областью внутреннего конфликта, а выходит за её пределы – в область всей жизнедеятельности человека. Так, например, «гипертоническая личность» обладает такими чертами, как амбициозность и уверенность в себе, а также склонностью к конфликтам с начальством. Их интрапсихическими конфликтами являются конфликты между автономностью и поиском защиты, между агрессивностью и чувством вины [29].

Теории Ф. Данбар и Ф.Александера повлияли на дальнейшие исследования взаимосвязи личности и психосоматических заболеваний. Так, например, было установлено, что для личности психосоматического

больного характерны недостаточная эмоциональная включенность в объективную ситуацию, а также сильная фантазия, инфантилизм и т.д. [17]

Данные теории хоть и являются классическими, но критикуются в связи с тем, что главная цель таких исследований – это установление корреляционных связей между заболеванием и определенными факторами, в то время как вопрос установления механизмов влияния данных факторов остаётся нерешенным. Другая линия критики данных теорий – это сложности в их практическом применении, т.к. простые и адекватно соответствующие им методики отсутствуют [29].

Изучение психосоматических заболеваний существенно поменялось в связи с привлечением новых понятий возрастной психологии и психологии развития, неопрейдизма, использованием более строгих экспериментальных методов и опорой на системные представления. В основе новых теорий лежало мнение Дж. Райха [34]: он ввел понятие «инфантильной личности», которая характеризуется зависимостью и пассивностью, имеет детские способы мышления, обладает завышенными притязаниями и пассивной агрессивностью. Наблюдается «сцепленность» со значимой фигурой – чаще всего с матерью.

Таким образом, было установлено, что в психосоматической картине важное место имеет симбиотическая природа материнско-детских отношений у людей с психосоматическим заболеванием – их «недоразвитие» личности, которое выражается в детских способах мышления, чувствования и поведения. Идеи влияния регрессии или дефекта развития довольно распространены в психосоматике.

П. Марти, М. М'Юзан [8] установили, что личность психосоматического больного необычна – психосоматический больной отличается банальностью, неспособностью к развитию, склонностью к фантазированию. В критической ситуации такая личность реагирует движениями, а не представлениями (речевыми высказываниями или

фантазиями), т.е. можно сказать, что у такого больного преобладает соматическая иннервация над игрой воображения.

Другой важной теорией для становления психосоматики стала модель десоматизации – ресоматизации, автором которой является врач и психоаналитик М.Шур [17]. Основа его концепции – представление о неразрывном единстве телесных и психических (в частности эмоциональных) процессов у человека в раннем детстве. Далее, по мере того, как ребенок взрослеет, данная связь соматического и психического начинает ослабевать.

Таким образом, Шур считает, что понятие «десоматизация» соответствует нормальному развитию, в то время как «ресоматизация» связана с патологическим развитием. Предпосылкой психосоматического заболевания является в данном случае недостаточная дифференцированность между эмоциональными и соматическими процессами у инфантильных личностей. У таких людей может легко происходить трансформация эмоциональных нарушений в нарушения соматические.

Соответственно, в качестве профилактики психосоматических заболеваний необходимо организовать такие условия, которые способствовали бы адекватному психологическому созреванию личности [13].

М. Шур в своем объяснении природы десоматизации – ресоматизации опирается на идеи психоаналитической теории. В частности, его объяснение соответствует мнению З.Фрейда о структуре личности. Причиной психосоматического заболевания М. Шур считает провалы в деятельности Эго и регрессию на более низкий уровень психосоматического функционирования. Если Эго развито, то оно контролирует побуждения и эмоции, обеспечивает независимость от произвольных средств разрядки побуждений. Если же из-за влияния стресса механизмы защиты разрушаются, то наблюдается регрессия на физиологический уровень реагирования, и как следствие могут возникнуть сердечно-сосудистые, пищеварительные и другие расстройства [17].

Постепенно внимание исследователей перемещается от изучения внутриспсихических событий к обстоятельствам межличностных отношений психосоматических больных. Было установлено, [34] что начало болезни чаще всего связано с определенными событиями жизни, которые воспринимаются как угрожающие или сверхсильные.

В отечественной науке психосоматика, в основном, развивалась в рамках медицины. Известные клиницисты XIX века положили начало развития психосоматики, указывая на то, что болезнь необходимо понимать как процесс, обусловленный не только биологическими факторами. [4]

М.Я. Мудров, С.П. Боткин, С.С. Корсаков, Н.И. Пирогов, И.М. Балинский [4] являющиеся основоположниками российской научной медицины говорили о том, что необходимо учитывать психологию больного (принцип Гиппократа – «лечить больного, а не болезнь»). Они утверждали, что душевная жизнь человека, особенности его мышления и эмоционального состояния влияют на возникновение болезней.

Исследования психосоматики в психологии долгое время не играли важной роли в становлении отечественной науки, что, вероятно, связано с идеологическими причинами. В западной психологии психоанализ З. Фрейда стоял у истоков развития теоретических основ психосоматики. В XX веке психоанализ в России претерпел множество изменений: сначала он бурно развивался, затем концепцию З. Фрейда стали критиковать и в итоге всю деятельность сторонников психоанализа и вовсе запретили и прекратили.

Исходя из этого, в отечественной психологии в противоположность классическому психоанализу одной из главных теорий стала кортико-висцеральная теория, созданная на основе работ И.М. Сеченова [8] о рефлекторных основах психической деятельности, о единстве соматических и психических проявлений и на основе работ И.П. Павлова, посвященных изучению условных рефлексов, механизмов высшей нервной деятельности. И.П. Павлов изучал мотивацию подкрепления, стремясь понять суть

психических проявлений. Он также проявлял интерес к физиологическим основам поведения с его физическими и вегетативными проявлениями. Завершив исследования пищевого рефлекса, И.П. Павлов экстраполировал принципы рефлекторной деятельности на висцеральную систему.

Дальнейшими исследованиями занялся К.М.Быков [8] и его сотрудники. Исследования К.М. Быкова стали предпосылками для возникновения кортико-висцеральной теории. Он сформулировал некоторые фундаментальные обобщения.

Экстероцептивный условный рефлекс может возникнуть при деятельности любого внутреннего органа, если функция этого органа не поддается произвольному волевому контролю. Более того, К.М. Быковым были обнаружены интероцептивные сигналы. Интероцептивные сигналы по афферентным путям поступают в подкорковые ядра и некоторые другие отделы коры. Тем самым была подтверждена гипотеза И.П. Павлова о том, что помимо внешних анализаторов существуют и внутренние.

Интероцептивные сигналы могут достигать коры головного мозга и образовывать временные связи, которые почти ничем не отличаются от классических, т.е. интероцептивная информация от внутренних органов может включаться в общие механизмы условно рефлекторной интегративной деятельности мозга [8].

Таким образом, данные фундаментальные обобщения стали основанием для появления кортико-висцеральной теории.

К. М. Быков и И. Т. Курцин выдвинули гипотезу о кортико-висцеральном происхождении психосоматических заболеваний на основе ряда лабораторных и клинических материалов.

Теория кортико-висцеральных взаимодействий К.М. Быкова и И.Т. Курцина [11] показала, что кора головного мозга может непосредственно влиять на состояние внутренних органов (по механизму условных рефлексов) и соответственно непосредственной причиной психосоматических

заболеваний служит нарушение динамики физиологических процессов (баланса возбуждения и торможения) на уровне коры головного мозга.

Триггером психосоматических расстройств могут являться факторы внешней и внутренней среды или экстероцептивной и интероцептивной сигнализации, которые приводят к конфликтной ситуации между возбуждением и торможением в коре и подкорковой структуре, что и вызывает невроз или психоз. Авторы данной теории заключили, что носители психосоматических расстройств в большинстве случаев – это личности со слабым и неуравновешенным сильным типом нервной системы. Болезненный процесс локализуется избирательно, что связано с функциональным состоянием органа, его повышенной реактивностью и пониженной сопротивляемостью [11].

В противовес теории З. Фрейда, которая использовалась для объяснения генеза психосоматических расстройств, кортико-висцеральная теория ответила на ряд фундаментальных вопросов. Данная теория уделяла внимание внешним факторам в происхождении субъективных переживаний, а также указывала на значимость механизмов условных рефлексов в психических проявлениях. Кортико-висцеральная теория пыталась выявить специфические физиологические механизмы центральной нервной системы, с помощью которых психика воздействует на соматические висцеральные системы организма [8].

При этом кортико-висцеральная теория, являвшаяся основным физиологическим направлением психосоматической медицины, подвергалась критике. Главным возражением было возражение против утверждения о триггерном и регуляторном характере влияния коры головного мозга на висцеральные функции. На самом деле кора должна быть свободна от постоянных воздействий внутренних органов, ее главная забота – внешний мир, а в организме все работает автоматически. У висцеральных систем есть механизмы саморегуляции, функционирующие без участия корковых систем.

Критике также подверглось утверждение о тождественности корковых и психических механизмов воздействия на функции внутренних органов. Эти механизмы могут различаться, поскольку кортикальные воздействия могут быть как осознаваемыми, т.е. психическими, так и неосознаваемыми. В кортико-висцеральной физиологии существует три уровня взаимоотношений: кортикальный, подкорковый и висцерально-вегетативный уровни, действующие через нейрофизиологические, медиаторные и гормональные механизмы [8].

Вопрос о том, как психическое влияет на телесные функции, практически не решен. Отношения между психическим и телесным началом гораздо сложнее, а психическое не сводимо к физиологическому.

Изучение влияния ассоциативных зон коры головного мозга на вегетативные и соматические функции организма могло бы способствовать выяснению механизмов коркового воздействия на деятельность внутренних органов. Н. Ф. Суворов [8] считает, что все влияния коры головного мозга на висцеральные системы опосредованы многими подкорковыми структурами, о которых известно недостаточно, хотя они в значительной степени могут определять патологию внутренних органов.

Кортико-висцеральная теория не уделяла достаточного внимания роли личностных факторов в развитии психосоматических расстройств.

Требования распространить понятия высшей нервной деятельности на личностное функционирование, систему значимых личностных отношений и их нарушения, естественно, не могли быть реализованы ни в теоретическом, ни в методическом планах. Непосредственная передача экспериментальных данных, полученных на животных при моделировании неврозов, оценивалась скептически. Такие заболевания, как ишемическая болезнь сердца, коррелируют не с типом высшей нервной деятельности, а с особенностями личности.

Основатель петербургской школы психиатров И.М. Балинский [4] делал акцент на возрасте – во время отрочества и юности большую роль

играет правильное воспитание и обучение для возможной охраны здоровья молодежи. Балинский является создателем одной из первых научно обоснованных теорий психотерапевтического подхода к больному.

Основатель отечественной нейропсихологии А.Р. Лурия [12] говорил: «По существу вся медицина является психосоматической. Нет только соматических или только психических болезней, а есть лишь живой процесс в живом организме; его жизненность и состоит в том, что он объединяет в себе и психическую, и соматическую сторону болезни».

В дальнейшем в отечественной науке были попытки заменить психологию физиологией высшей нервной деятельности. При этом личность больного либо игнорировалась, либо подменялась такими понятиями, как «темперамент», «конституция», «тип высшей нервной деятельности». В конце 50-х и начале 60-х годов доминирующим взглядом на психосоматику по-прежнему оставалась нейродинамическая концепция И.П. Павлова [4].

Самостоятельной наукой психосоматика стала примерно в 80-е годы, когда появились работы Ю.М. Губачева и Е.М. Стабровского, В.Д. Тополянского и М.В. Струковской. Затем появляются работы по психологии телесности: А.Ш. Тхостова, Г.А. Ариной, В.В. Николаевой и др. [2, 16, 25]. Далее интерес стал развиваться к психосоматическим расстройствам у детей (работы Ю.Ф. Антропова, Ю.С. Шевченко, В.В. Ковалева, и др.) [1, 34].

По мнению представителей психологии телесности [2, 16, 25] человек развивается в системе социокультурных отношений. Телесные функции человека и тело социализируются, за счет чего формируется новое тело – культурное. Помимо культурного тела появляются различные психологические и психосоматические патологии.

Другие исследователи психосоматических заболеваний выделяли психотравмирующие обстоятельства как важный фактор, влияющий на формирование и обострение болезни, а именно нарушенные детско-родительские отношения в раннем развитии [1, 5, 10].

Так, например Э.Г. Эйдемиллер и В.В. Юстицкис [35] в своей работе «Психология и психотерапия семьи» говорят о том, что наличие дисгармоничных отношений в семье влияет на появление психосоматических заболеваний.

На психосоматическое развитие ребёнка оказывает влияние супружеское общение. А.И. Захаров [6] показал, что между родителем и ребёнком могут формироваться симбиотические отношения, если в супружеской паре наблюдается отсутствие эмоционально теплых взаимоотношений. Характер данных симбиотических отношений – компенсаторный, защитный, направлен на избавление от эмоционального вакуума, который образовывается между супругами в эмоционально-холодных взаимоотношениях.

Исследования О.В. Залесской и Р.А. Даировой [5] показали, что на формирование психосоматического заболевания влияет симбиоз между матерью и ребёнком. Если мать пытается прервать эту связь, ребёнок начинает реагировать болезнью. Удержание этой связи происходит из-за внутренних конфликтов матери.

При изучении индивидуальной истории развития ребенка было установлено, что отец недостаточно участвует в воспитании ребенка. Отец, являясь носителем социальных норм, также участвует в разделении симбиотических отношений между матерью и ребёнком.

Если в семье, где есть ребёнок с психосоматическим заболеванием, отношения между отцом и матерью будут дисгармоничны, то мать, скорее всего, направит основное своё внимание на ребёнка, гиперопекая его и тем самым препятствуя процессу разделения и индивидуальному развитию.

По результатам исследования было установлено, что матери детей, страдающих психосоматическими заболеваниями, были очень авторитарны, чрезмерно включены в воспитание ребенка, требовательны, навязчивы и эгоцентричны. Это сочеталось с высоким уровнем тревожности и депрессивностью. По мнению Р. А. Даировой [5], эта особенность матерей

может повлиять на развитие психосоматического заболевания, когда тело является способом выражения эмоций, негативных чувств и страданий, то есть языком тела.

Таким образом, в настоящее время ведется активная разработка проблем лечения психосоматических заболеваний. За основу берутся научные открытия как западных, так и отечественных исследователей.

## **1.2. История развития понятия «соматизация»**

В 1943 г. немецкий психоаналитик В. Штекель ввёл понятие «соматизация». Оно было предложено, чтобы обозначить конверсионные расстройства – истероформные соматические нарушения, которые в психоанализе рассматривались как проявление бессознательного конфликта, чаще всего сексуального характера.

По Штекелю соматизация – «это телесные нарушения, возникающие как знак глубинного невроза и прежде всего – расстройства осознания человеком собственного состояния» [цит. по 31].

Однако конфликт не всегда возникает на сексуальной почве. По П. Фидлеру [19] соматизация может выражать глубинный психологический конфликт. Например, у солдата, который одновременно испытывает чувство долга и страха смерти, парализует ноги, что является следствием соматизации.

Из-за того, что понятие конверсии было распространено на все соматические нарушения, термин «соматизация» использовался очень широко. Таким образом, различные заболевания трактовались по механизму соматизации. Например, язвенная болезнь, которая означала стремление растворить, избавиться от негативного интроецированного объекта. Позднее от такой широкой трактовки отказались, и термин «соматизация» стал использоваться как механизм, который описывает возникновение соматических заболеваний (всё та же язвенная болезнь), где главную роль

играют психологические факторы. Эти заболевания получили название психосоматических.

Однако со временем акцент с влияния психологических факторов на происхождение соматических болезней смещается. Понятие соматизации начинает употребляться в значении функционального расстройства. Под данным расстройством понимаются «нарушения функционирования той или иной системы организма без достаточного органического основания». Роль психологических факторов также не исключается и является достаточно важной [33].

З. Липовский определил соматизацию как «склонность переживать психологический стресс на физиологическом уровне» [цит. по 31].

Р. Келнер отождествляет соматизацию и ее функциональные соматические симптомы. Он дает следующее определение: «соматизация означает от одного до нескольких соматических симптомов, таких как усталость, гастродуоденальные или уринальные боли, для которых при соответствующих обследованиях либо не находят никакой органической основы, либо устанавливают сильное преувеличение, сравнительно с выявляемой органической патологией, физических жалоб и связанных с ними социальных и профессиональных ограничений» [цит. по 33].

В 80-х Эскобар [31] и соавторы обращают внимание на то, что понятие соматизации чаще всего используется в трех значениях:

1. «Первичная» соматизация – соматизация в узком смысле этого слова. Под ней подразумевается соматоформное (функциональное) расстройство. Главный критерий – присутствие телесных симптомов и беспокойство из-за них.

2. Соматизация как «сопутствующее» вторичное расстройство, связанное с шизофренией, аффективными и тревожными расстройствами.

3. Соматизация как «маскированное» расстройство. В этом случае говорят о скрытой депрессии, т.к. за соматическими симптомами стоят различные предпосылки, указывающие на неё.

Помимо тенденции сужения понятия «соматизация» до группы соматоформных расстройств, наблюдалась и тенденция к расширению трактовки. В расширенной трактовке пациент-соматайзер – «это любой пациент, предъявляющий соматические симптомы, не находящие подтверждения и объяснения с позиций общей медицины» [32].

Понятие соматоформных расстройств было введено в качестве самостоятельной клинической группы лишь в 1980 году в результате третьего пересмотра американской диагностической системы (DSM-III). На соматоформные расстройства, также как и на психосоматические, оказывают влияние семейные факторы [39, 44, 46].

К группе соматоформных расстройств относятся те соматические нарушения, у которых нет органической причины. Симптоматика данной группы расстройств может быть очень разнообразной. Выделяются полисимптоматические и моносимптоматические нарушения. В первом случае речь идёт о множественных жалобах, которые изменяются с течением времени, предполагаемая дисфункция относится то к одной, то к другой системе. Во втором случае, наоборот, жалобы стабильны и устойчивы во времени и ограничиваются одной системой. В обоих случаях важный для диагностики признак – это ложная интерпретация такого состояния как серьёзного или даже смертельного заболевания [32].

В международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) соматоформные расстройства относятся к главе F4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства». Полсимптоматическими расстройствами являются соматизированное расстройство (жалобы носят множественный характер, варьируются и настойчиво, излишне драматично предъявляются, сопряжены с нарушениями семейного и социального функционирования). Также сюда относится недифференцированное соматоформное расстройство (жалобы также множественны и изменчивы, но нет типичного для соматизированного расстройства драматического эмоционального фона) [32].

Среди моносимптоматических расстройств выделяется хроническое соматоформное болевое расстройство – предъявляются устойчивые жалобы на какой-либо болевой синдром, а также имеет место соматоформная вегетативная дисфункция (больной предъявляет жалобы так, будто они обусловлены расстройством какой-то одной системы или органа, находящегося под значительным влиянием вегетативной нервной системы, т.е. сердечно-сосудистой, дыхательной и т. д.) [32].

К собственно психологическим моделям соматизации можно отнести концепцию аликсетимии и концепцию особых когнитивных нарушений. Вторая модель в качестве основной детерминанты соматоформных нарушений выделяет особый когнитивный стиль восприятия соматических нарушений, который А.Барский [32] обозначил как «соматосенсорная амплификация». Данный стиль характеризуется тенденцией у пациентов к восприятию телесных ощущений как чрезмерно интенсивных, потенциально опасных и неприятных. Также, пациенты склонны интерпретировать телесные ощущения не как нормальные физиологические реакции, а как признаки патологии. А.Барский характеризует таких пациентов как склонных к повышенной озабоченности здоровьем, повышенным страхом смерти, а также им свойственно интерпретировать телесные симптомы как признаки опасного заболевания.

П.Сальковски указывает на особые установки данных больных к здоровью и медицине, а именно: «здоровье означает полное отсутствие каких-либо нарушений», «боль в ногах может быть признаком инфаркта миокарда»[цит. по 32].

Еще в 1948 году Ю.Рюш [43] заметил, что многие пациенты, страдающие психосоматическими заболеваниями или другими хроническими заболеваниями, имели трудности с вербальным и символическим выражением эмоций и, таким образом, резко отличались от психоневротических пациентов. Он приписывал эти характеристики

задержке психического развития, и считал это основной проблемой психосоматической медицины.

В начале 1950-х годов К.Хорни и Н.Келман [32] описывали пациентов, с которыми трудно было проводить сеансы психоанализа из-за отсутствия у них интереса к снам, наличия конкретного мышления и неумения осознавать и вербально описывать свои эмоции. Несмотря на то, что Хорни и Келман признавали, что эти характеристики не относятся к неврозам, они, в соответствии с господствующей парадигмой психоанализа, объясняли их как защиты от бессознательных конфликтов.

Вышеприведенные наблюдения были подтверждены в исследованиях П.Сифенуса. В 1972 году П.Сифнеус [32] ввёл понятие алекситимии, которое обозначает определённые нарушения, обуславливающие особый способ переживания и выражения индивидом собственных эмоций, а именно: трудности в осознании и вербальном описании эмоций, характерный стиль мышления – операторное мышление, для которого свойственна бедность символизации и ориентация на детали внешних событий. Также при алекситимии возникают трудности в отделении эмоциональных состояний от телесных ощущений, наблюдаются периодические вспышки гнева или повышенная слезливость, но при расспросах проявляется неспособность к объяснению своих переживаний.

Характер связи алекситимии и соматизации – предмет многих дискуссий. Одни авторы различают первичную и вторичную алекситимию. Первичная связана с неразвившейся способностью к осознанию и выражению чувств, а вторичная – с доминированием в процессе развития психологических механизмов защиты, а именно механизмов избегания, отрицания и вытеснения. Вторичная алекситимия может привести к устойчивой алекситимии, т.к. преобладающие защитные механизмы избегания, отрицания и вытеснения могут повлиять на навыки осознания и выражения эмоций, приводя к их утрате. Другие авторы разделяют алекситимию как устойчивую черту и как состояние [32].

Таким образом, можно отметить, что соматизация как понятие и связанное с ним понятие соматоформных расстройств имеет сложную историю. Одни и те же феномены в истории медицины получали разные названия и имели разную концептуализацию.

### **1.3. Переход от традиционной психосоматики к психологии телесности**

Психосоматика в течение последних десятилетий как в западной, так и в отечественной науке развивалась в области медицины. Данное направление определило сопутствующий круг клинических феноменов – те расстройства, в динамике которых важную роль играют психологические факторы. Клиницисты исследовали психовегетативные нарушения в структуре неврозов; заболевания психосоматической специфичности; вторичные психогенные нарушения телесных функций у больных с хроническими соматическими заболеваниями, а также изменения психики, отягощающие течение соматического заболевания [16].

Из-за того, что область психосоматических заболеваний была включена в логику развития медицинского знания, в настоящее время термин «психосоматика» отнесен к области патологии. Термин стал однозначно указывать на наличие патологических явлений в соматической сфере человека. Соответственно, при данном подходе за рамками научного анализа остались психосоматические проявления, относящиеся к норме [16].

Ещё одним последствием, которое имеет значение в рамках развития психосоматики в медицине, является то, что психология, предметом которой является изучение закономерностей душевной жизни человека, оказалась на периферии изучения проблемы психосоматики. Психология играет вспомогательную роль, обеспечивая психологическую помощь с целью коррекции состояния пациента [16, 25].

Основной задачей, которая стоит перед психологами в области психосоматики, является поиск собственного предмета исследования в данной области, определение круга проблем и путей их решения.

Говоря о психосоматическом единстве человека, психологи в первую очередь обращают внимание на явления сознания, на высшую психическую деятельность, в то время как телесность остается в стороне как предмет возможного исследования. Таким образом, одна из фундаментальных сторон при исследовании процесса становления человека – телесное бытие человека, его природная жизнедеятельность выпадает [16].

Обращаясь лишь к натуральной форме существования телесности, медицина в качестве основного ориентира выделяет объективные проявления болезни, в то время как субъект устраняется из процесса лечения.

Существующая иллюзия «прозрачности» восприятия в медицине не берет в расчет тот факт, что «объективный» мир пронизан субъективным сознанием, и, в представлении субъективного сознания сам мир также мыслится субъективно. Следствием данной иллюзии в медицине является отношение к лечению: «если заболевание независимо от субъекта, то и ответственность за лечение лучше перенести на того, кто обладает большим опытом или знаниями в этой области» [цит. по 25].

Таким образом, инфантильное общество стремится переложить ответственность за свое здоровье на специально созданную социальную структуру. Всё это сопрягается с «патерналистским отношением государства к своим гражданам, когда оно берет на себя эту ответственность и стремится ее наилучшим (с объективной точки зрения) способом реализовать» [цит. по 25].

Сложившаяся ситуация логична, последовательна и обоснованна, но неэффективна и не удовлетворяет ни одну из сторон. На самом деле, в ситуации взаимодействия врача и пациента интересен не только результат (какая из сторон удовлетворена), но и процесс – каким образом выстраивается взаимодействие [24].

Выход из данной ситуации возможен при последовательном преодолении иллюзий медицины, а также при создании новой концепции

телесности по принципу дополнительности, не отказываясь от «объективного» подхода и не заменяя его «психологическим лечением»[25].

В настоящее время мы можем наблюдать становление такой области практической психологии, как телесно-ориентированная психотерапия, где понятие «телесность» используется как психологическая оппозиция тождеству «тело-организм». Однако данный подход не отвечает на главные вопросы проблемной области психосоматики: о механизмах симптомо- и синдромогенеза, о систематике психосоматических феноменов.

Принципиально новый подход к проблеме психосоматики находится в рамках концепции Л.С. Выготского [3].

Исходя из концепции Л.С. Выготского, считается, что родителями в процессе общения между ними и детьми передается культурный опыт. Важным для развития является система, в которую ребенок попадает в каждый последующий возрастной период – система, которая называется «социальной ситуацией развития».

Концепция культурно-исторического развития принципиально изменила представление о телесности: в процессе того, как ребенок приобщается к миру, у него формируется «культурное тело», которое отличается от его собственного натурального тела, присущего человеку как индивиду — представителю животной природы. Телесность является аналогом высшей психической функции (ВПФ), т.к. она обладает теми же тремя характеристиками, что и ВПФ: телесность социальна по происхождению, опосредована по характеру и произвольна по функционированию. Культурно-историческая концепция Л.С. Выготского поставила вопрос о двойной детерминации психического: природной и социальной [3].

С культурно-исторической позиции телесность – «культурное образование, не сводимое только к биологическому субстрату – телу, но культурно опосредованное и имеющее свой ход развития в онтогенезе» [цит. по 15].

Для психологии телесности принципиальным положением является то, что объект исследования – это не анатомическое, а феноменологическое тело. Т.е. тело в психологии как субъективная реальность соотносится с организмом, но не отождествляется с ним. А.Ш. Тхостов говорит о том, что «субъективное тело имеет весьма приблизительное сходство с организмом» [цит. по 25]. Внутренне тело является очень важной частью субъективной реальности. Оно определяется топологически и погружено «внутрь анатомического тела человека» [цит. по 25].

Процесс психологизации тела непосредственно связан с формированием психосоматических феноменов: схемы тела, образа тела, внутренней картины болезни, внутренней картины здоровья, образа боли и т.д.[10]. В рамках культурно-исторической концепции Л.С. Выготского возможно различить психосоматический феномен и психосоматический симптом. Они являются не тождественными друг другу. Психосоматический феномен – это закономерное следствие социализации телесности человека, т.е. следствие его психосоматического развития. Психосоматическое развитие содержит в себе такой аспект социализации телесности, как закономерное становление в онтогенезе механизмов психологической регуляции телесных функций, действий и феноменов. Данный процесс содержит в себе освоение знаково-символических форм регуляции, трансформирующей природно-заданные потребности (пить, есть), телесные функции (дыхание, реакции боли), либо создающей новые психосоматические феномены (образ тела, образ боли, самочувствие) [25].

Путь социализации телесных феноменов лежит через усвоение (означивание) и порождение телесных знаков [16]. Диада «мать-дитя» является первичным носителем психосоматического феномена – символический план феномена изначально существует наряду с натуральным планом. Основная функция матери в её с ребёнком совместно-разделенных действиях – означивание и наполнение смыслом витальных потребностей и

телесных действий дитя. В диаде телесные действия ребенка изначально вписаны в психологическую систему «образа мира» [15].

Телесные действия – их содержание и структура – определяются развитием системы значений и смыслов. Одна из ранних форм существования значения – форма на языке чувственной (сенсорной и эмоциональной) модальности. Эта форма является центральной в анализе процесса психосоматического развития, а также начальным этапом в процессе формирования образа тела. Более того, она играет посредническую роль между более поздними и развитыми формами значения [15].

Следующее звено развития телесных, психосоматических феноменов – организующая система значений на уровне репрезентации и на уровне символического манипулирования в плане представлений. Вербализуемый образ тела становится посредником телесных действий и обретает большое количество смысловых характеристик в ключе целостного «образа мира» [16].

Осмысленные психосоматические феномены существуют благодаря коммуникации матери и ребенка – мать является не только телесным феноменом для ребенка (поведенчески и вербально), но и с помощью эмоционального реагирования она раскрывает смысл и ценность каждого телесного явления. Так, например, боль не отличается ребенком от дискомфорта до того как она не означается и наделяется определенным смыслом с помощью коммуникации [16].

Власть коммуникативного смысла над телесными симптомами ребенка столь велика, что симптом может не только появляться и оформляться, но и исчезать. Так, мать, которая целует ребенка, данным действием может «излечить» любую детскую боль, а по психологической сути – заменяющего смысл телесного явления: от страдания к любви. Данный этап как абсолютное преобладание коммуникативного смысла телесных феноменов равен периоду симбиотической привязанности ребенка и матери. Он является актуальным до того момента, пока у ребенка не возникают автономные, инструментальные, управляемые им самим телесные действия, манипуляции

с собственным телом. Затем по мере взросления коммуникативная сторона телесности уходит на второй план, но не исчезает, а наоборот может актуализироваться – конкретно в ситуации соматической болезни [15].

Следующий этап характеризуется тем, что ребенку становится интересно собственное тело, он ищет средства вербального и символического обозначения телесных событий. Феномен телесности уже звучит не «Я есть тело», а скорее как «У меня есть тело» [16]. На первый план выходит новый класс телесных действий – подражательные и имитирующие.

Ребенок начинает подражать болеющим взрослым и неосознанно учится семейным симптомам и тому, какими способами они переживаются и преодолеваются эмоционально, какие существуют шаблоны реагирования на болезнь, боль и т.п. Те смыслы и телесные действия, которые ребенок присвоил в этом периоде, могут иметь значение во взрослом возрасте, а именно они могут сказаться в процессе появления симптомов: выученные симптомы могут актуализироваться.

Новый этап социализации телесности скорее всего связан с тем, что возникает рефлексивный план сознания. Он способен к трансформации устоявшихся смысловых систем и к порождению новых. Разделение телесного и духовного «Я», тело и его феномены порождают новые жизненные смыслы [16].

Социализация телесности развивается и в психофизиологическом плане. Организменные системы, как предполагают Арина и Николаева, в ходе их психологического опосредствования преобразуются в новые функциональные системы, обязательно включающие в себя психологические звенья их регуляции [16].

Психосоматическое развитие продолжается и во взрослом периоде, реализуя накопленный психосоматический опыт. Главное отличие развития в этом периоде – это принципиальная роль самосознания и рефлексии как высших форм активности человека.

Таким образом, представления о телесности и развитии телесности человека изменяются в рамках культурно-исторической концепции. В рамках данной концепции телесность впервые включается в широкий контекст гуманитарного знания (психологического, философского, культурологического, этнографического). Благодаря психологии телесности психосоматическая проблема включается в общепсихологический контекст.

Также, культурно-историческая концепция развития «позволяет качественно изменить общее представление о телесном развитии человека (нормальном и аномальном), о закономерностях и механизмах социализации телесных феноменов в норме и патологии» [2]. Проблемы телесности, ее психологического преобразования, роли знаково-символического опосредования являются центральными для психологии телесности.

Итак, по результатам теоретического анализа литературы по проблеме исследования мы приходим к выводу, что существуют различные подходы к пониманию проблемы психосоматики, соматизации и психологии телесности. В частности А.Ш. Тхостовым [25] описан механизм вторичного означивания телесных ощущений, которое оказывает существенное влияние на формирование внутренней картины болезни, принятие решений и поведение. Предпосылкой нашего исследования является то, что на сегодняшний день исследования означивания телесных ощущений на материале педиатрии не проводились.

## **2. Исследование вторичного означивания интрацептивных ощущений родителей в ситуации медицинской помощи их ребенку.**

### **2.1. Описание категориального аппарата исследования и используемых методик.**

**Целью** данного исследования является изучение вторичного означивания интрацептивных ощущений родителей в ситуации медицинской помощи их ребенку.

Цель нашей работы конкретизируется в следующем:

1. Разработка схемы исследования
2. Формирование выборки
3. Оценка фоновых ощущений испытуемых
4. Оценка фоновых психических состояний
5. Оценка ощущений испытуемых в заданной ситуации
6. Оценка психических состояний в описанной ситуации
7. Статистическая обработка данных исследования и их

интерпретация

**Объект исследования:** образ психического состояния и интрацептивный словарь испытуемых.

**Предмет исследования:** изменения образа психического состояния и интрацептивного словаря родителей в ситуации оказания педиатрической помощи.

**Гипотеза:** изменения психических состояний сопровождаются изменениями телесных ощущений по механизму вторичного означивания ощущений, описанного А.Ш.Тхостовым.

Для проведения исследования были использованы две психодиагностические методики:

- 1) Методика «Рельеф психического состояния» А.О. Прохорова.
- 2) «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» А.Ш. Тхостова, С.П. Елшанского.

## **Выборка:**

Исследование включает 3 серии.

В первой серии исследования (2019) приняли участие 78 испытуемых женского пола. Возраст испытуемых от 21 до 42 лет, медиана 32 года. Возраст детей испытуемых (младшего из нескольких детей) от 1 месяца до 13 лет, медиана 2 года.

Во второй серии (2020) приняли участие 64 испытуемых женского пола. Возраст испытуемых от 24 до 52 лет, медиана 32 года. Возраст детей испытуемых (младшего из нескольких детей) от 6 месяцев до 14 лет, медиана – 3 года.

В третьей серии (2020) приняли участие 90 испытуемых. Из них – 52 испытуемых женского пола, 38 испытуемых мужского пола. Возраст испытуемых от 22 до 55 лет, медиана – 32 года. Возраст детей испытуемых (младшего из нескольких детей) от 6 месяцев до 14 лет, медиана – 4 года.

**Схема исследования:** Для первой и второй серий исследования была сформулирована проективная ситуация. Сначала испытуемые заполняли методику «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений», где необходимо было выбрать слова-дескрипторы, которые, по их мнению, описывают телесные ощущения. Затем испытуемые заполняли методику «Рельеф психического состояния», где им предлагалось оценить свое обычное (фоновое) психическое состояние.

Далее испытуемым предъявлялась проективная ситуация, и затем они повторно заполняли указанные выше методики, оценивая при этом, какие психические состояния может переживать и какие ощущения испытывать мама в описанной ситуации.

В третьей серии исследования описание ситуации было переформулировано для участия как матерей, так и отцов. В остальном третья серия проводилась по схеме первой и второй серий.

**Заданная ситуация для первой и второй серии:** «Сыну Ирины 9 месяцев. Она заметила желтоватый белок глаз у сына, и педиатр дал

направление на биохимию. Как только Ирина поняла, что в данном случае кровь берут из вены, она очень испугалась и решила, что на прием они не пойдут, т.к. ребенок плохо реагирует на чужих людей (сразу начинает плакать), а уж тем более, если ему будет больно».

**Заданная ситуация для третьей серии:** «У девятимесячного сына родители заметили желтоватый белок глаз, и педиатр дал направление на биохимию. Как только родители поняли, что в данном случае кровь берут из вены, они испугались и решили, что на прием лучше не идти, т.к. сын плохо реагирует на чужих людей (сразу начинает плакать), а уж тем более, если ему будет больно».

## **2.2. Методическое обеспечение исследования**

Методическое обеспечение данного исследования имеет логику и последовательность действий, которые конкретизируются в двух блоках методов: психодиагностические методы и методы обработки. Для проведения исследования были использованы две психодиагностические методики:

1) Модификация психосемантической методики «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» А.Ш. Тхостова, С.П. Елшанского [25]. Стимульный материал методики содержит 80 слов-определений, каждое из которых предъявляется испытуемым на отдельной карточке под определенным номером. Методика включает 2 задания, предъявляющихся в следующей последовательности:

1. «Отметьте слова, которые, по Вашему мнению, описывают телесные ощущения».

2. «Прочитайте описание ситуации и затем отметьте те ощущения, которые Ирина, по Вашему мнению, испытывала в данной ситуации» или «Прочитайте описание ситуации и затем отметьте те ощущение, которые родители, по Вашему мнению, испытывали в данной ситуации».

2) Опросник «Рельеф психического состояния» А.О. Прохорова [18]. Методика изучает основные стороны психического состояния:

психические процессы, физиологические реакции, переживания и поведение. Опросник представляет собой перечень признаков структуры психического состояния и содержит 40 основных характеристик психического состояния, разделенных на четыре блока (структуры): психические процессы, физиологические реакции, переживания, поведение.

В качестве методов обработки были использованы методы структурно-психологического анализа:

- 1) критерий Вилкоксона в модификации Манна-Уитни
- 2) точный критерий Фишера
- 3) критерий Краскела-Уоллеса

### **2.3 Результаты исследования и их интерпретация**

Эмпирическое исследование включило в себя совокупность научно-исследовательских методов, которые можно разделить на две основные группы: психодиагностические методики и методы структурно-психологического анализа.

#### **Характеристика выборки:**

Исследование включает 3 серии.

В первой серии исследования (2019) приняли участие 78 испытуемых женского пола. Возраст испытуемых от 21 до 42 лет. Возраст детей испытуемых (младшего из нескольких детей) от 1 месяца до 13 лет.

Во второй серии (2020) приняли участие 64 испытуемых женского пола. Возраст испытуемых от 24 до 52 лет. Возраст детей испытуемых (младшего из нескольких детей) от 6 месяцев до 14 лет.

В третьей серии (2020) приняли участие 90 испытуемых. Из них – 52 испытуемых женского пола, 38 испытуемых мужского пола. Возраст испытуемых от 22 до 55 лет. Возраст детей испытуемых (младшего из нескольких детей) от 6 месяцев до 14 лет.

Как следует из результатов статистической обработки, некоторые характеристики психических состояний статистически значимо зависят от

пола испытуемых. Сравнение распределений по критерию Вилкоксона в модификации Манна-Уитни показывает зависимость характеристик психических состояний в описанной (проективной) ситуации:

**Физиологические реакции** отцов выше на 1:W=2408,5; p-value=0,0007348

**Психические процессы** отцов выше на 1:W=2433; p-value=0,0009266

**Переживания** отцов выше на 1,1:W=2531; p-value=0,002267

**Поведение** отцов выше на 1,6:W=2219,5;p-value=0,0001059

*Обозначения:*W – критерий Вилкоксона в модификации Манна-Уитни

p-value – различия на уровне значимости

Полные данные отражены в таблице 1.

Таблица 1.

**Оценка значимости различий параметров психических состояний и телесных ощущений по критерию Вилкоксона в модификации Манна-Уитни в зависимости от пола испытуемых**

Параметры		Медианы		W	p-value	
		Матери	Отцы			
психические состояния (ПС)	фоновое ПС	ФР		3187	0,1875	
		ПП		3355,5	0,3829	
		Пер		3369	0,4027	
		Пов		3021	0,07896	
	ПС в ситуации	<b>ФР</b>	<b>4,8</b>	<b>5,8</b>	<b>2408,5</b>	<b>0,0007348***</b>
		<b>ПП</b>	<b>4,5</b>	<b>5,5</b>	<b>2433</b>	<b>0,0009266***</b>
		<b>Пер</b>	<b>4,2</b>	<b>5,1</b>	<b>2531</b>	<b>0,002267**</b>
		<b>Пов</b>	<b>4,3</b>	<b>5,9</b>	<b>2219,5</b>	<b>0,0001059***</b>
	Сдвиг ПС	ФР			3193	0,1929
		<b>ПП</b>	<b>-1,9</b>	<b>-1,5</b>	<b>2887,5</b>	<b>0,03488**</b>
		Пер			3386,5	0,4292
		Пов			3012	0,075
телесные ощущения	количественно	ДИО1		3604,5	0,8304	
		ДИО2		3771,5	0,8217	
		ДИО 1-2		3484,5	0,5951	
		Соответствие дескрипторов			4025	0,3626

*Обозначения:* ФР – физиологические реакции; ПП – психические процессы;

Пер – переживания; Пов– поведение.

МДИО1 –Дескрипторы интрацептивных ощущений (1 часть – фоновые телесные ощущения);

МДИО2 –Дескрипторы интрацептивных ощущений (2 – проективная ситуация).

W – критерий Вилкоксона в модификации Манна-Уитни;

p-value – различия на уровне значимости.

\*\*p-value<0,01

\*\*\*p-value<0,001

Исходя из полученных данных, мы можем говорить о том, что уровень энергетического состояния отцов в проективной ситуации несколько выше, чем у матерей. Тем не менее, сдвиг психического состояния наблюдается только по одной из характеристик, а именно по психическим процессам.

Более того, по критерию Краскела-Уоллеса и по точному критерию Фишера зафиксирована некоторая статистически значимая количественная неравномерность распределения исследуемых показателей в трех различных выборках (см. таблицу 2.)

Таблица 2.

**Значимость различий в зависимости от этапа по критерию Краскела-Уоллеса и по точному критерию Фишера.**

Характеристики		медианы на разных этапах			значимость различий в зависимости от этапа по критерию Краскела-Уоллеса и по точному критерию Фишера		
		1	2	3	Kruskal-Wallis chi-squared/ Fisher's exact test(для пола)	DF	p-value
Данные об испытуемых	Возраст исп.				0,58499	2	0,7464
	пол младшего ребенка	Точный критерий Фишера (104ж. 128м.)					0,696
	<b>возраст мл. ребенка</b>	<b>2,05</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>11,406</b>	<b>2</b>	<b>0,003336**</b>
фоновое ПС	<b>ФР</b>	<b>6,9</b>	<b>7,35</b>	<b>7,45</b>	<b>5,7937</b>	<b>2</b>	<b>0,0552*</b>
	ПП				0,74185	2	0,6901
	Пер				1,1116	2	0,5736
	Пов				1,3148	2	0,5182
ПС в ситуации	ФР				1,4006	2	0,4964
	<b>ПП</b>	<b>4,7</b>	<b>3,95</b>	<b>4,9</b>	<b>6,7473</b>	<b>2</b>	<b>0,03426*</b>
	Пер				3,1113	2	0,2111
	Пов				4,564	2	0,1021
сдвиг ПС	ФР				3,4878	2	0,1748
	<b>ПП</b>	<b>-1,8</b>	<b>-2,8</b>	<b>-1,5</b>	<b>8,2782</b>	<b>2</b>	<b>0,01594**</b>
	Пер				0,67544	2	0,7134

	Пов				3,6145	2	0,1641
количественно	<b>ДИО1</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>20</b>	<b>5,8059</b>	<b>2</b>	<b>0,05486*</b>
	<b>ДИО2</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>59,679</b>	<b>2</b>	<b>1,10E-01***</b>
	<b>ДИО(1-2)</b>	<b>11,5</b>	<b>6,5</b>	<b>11</b>	<b>6,4948</b>	<b>2</b>	<b>0,03888*</b>
	<b>соответствие дескрипторов</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>7,7711</b>	<b>2</b>	<b>0,02054*</b>

*Обозначения:* Kruskal-Wallischi-squared – критерий Краскела-Уоллеса;  
Fisher's exact test– точный критерий Фишера  
DF– число степеней свободы

Исходя из полученных результатов, мы можем говорить о том, что существуют значимые различия между возрастом младшего ребенка (самый низкий – на первом этапе, самый высокий – на 3 этапе), между физиологическими реакциями в фоновом состоянии (самые низкие значения на 1 этапе, самые высокие – на 3) и выборками на разных этапах исследования. Значимость различий также наблюдается по компоненту «психические процессы» в проективной ситуации (самый низкий показатель на 2 этапе, самый высокий – на 3). Сдвиг параметра «психические процессы» также связан с этапом исследования (самое низкое значение – на 2 этапе, самое высокое – на 3).

Различия также наблюдаются и по характеристикам интрацепции: фоновый интрацептивный словарь испытуемых не отличается на 1 и 2 этапе и немного повышается на 3. Интрацептивный словарь в описанной (проективной) ситуации сильно различается на всех этапах (наименьший – на 1 этапе, наибольший – на 2).

По соответствию дескрипторов (какие слова совпадают в фоновых ощущениях и в описанной ситуации) мы тоже можем отметить наличие значимых различий между выборками (на 2 и 3 этапе количество слов совпадает, на 1 – их наименьшее число).

Несмотря на наблюдаемые различия между выборками, мы можем говорить об устойчивом эффекте, характерном для всех выборок:

По сравнению с фоновым психическим состоянием в описанной (проективной) ситуации по критерию Вилкоксона в модификации Манна-

Уитни зафиксировано снижение по всем группам дескрипторов состояния и зафиксирован сдвиг психического состояния (см. таблицу 3).

Таблица 3.

**Оценка значимости различий параметров психических состояний по критерию Вилкоксона в модификации Манна-Уитни**

		95% доверительный интервал	Медиана
фоновое ПС	ФР	От 6.8 до 7.4	3,5
	ПП	От 6.4 до 6.8	7,1
	Пер	От 6.0 до 6.6	6,6
	Пов	От 6.8 до 7.3	6,3
ПС в ситуации	ФР	От 4.7 до 5.1	7,1
	ПП	От 4.2 до 4.6	4,9
	Пер	От 4.1 до 4.5	4,4
	Пов	От 4.3 до 4.8	4,3
Сдвиг ПС	ФР	От -2.4 до -1.8	4,5
	ПП	От -2.4 до -1.8	-2,1
	Пер	От -2.4 до -1.8	-2,1
	Пов	От -2.7 до -2.1	-2,1

По сравнению с фоном по критерию Вилкоксона в модификации Манна-Уитни изменяются дескрипторы интрацептивных ощущений (ДИО), а именно наблюдается сокращение числа дескрипторов ощущений, испытываемых в проективной ситуации, по сравнению с числом фоновых дескрипторов ощущений. Сравнительные данные приведены в таблице 4.

Таблица 4.

**Оценка значимости различий параметров телесных ощущений по критерию Вилкоксона в модификации Манна-Уитни**

	95% доверительный интервал	Медиана снижения
Фон	От 17 до 20,5	19,0
Описанная ситуация	От 6 до 8	7,0
Совпадение ДИО в фоне и описанной ситуации	От 2,5 до 3	3,0

Сравнительные данные об относительных частотах дескрипторов интрацептивных ощущений, выбранных для характеристики ощущений мамы в описанной ситуации более чем 10% выборки, с относительными частотами тех же дескрипторов для фоновых ощущений приведено в таблице 5. (Полную таблицу см. в приложении).

Таблица 5.

**Сравнение относительных частот дескрипторов интрацептивных ощущений (данные в % всех дескрипторов)**

	фоновые ощущения испытуемых	ощущения мамы в описанной ситуации
тревога	0,43%	11,18%
напряжение	1,52%	9,94%
боль	3,39%	6,21%
сжиматься	1,52%	5,59%
дрожь	3,61%	5,28%
мучительно	0,36%	3,42%
биение	1,44%	3,11%
отчаяние	0,07%	3,11%
подавленность	0,29%	3,11%
предчувствие	0,36%	3,11%
страдание	0,14%	3,11%
терзающий	0,29%	3,11%
укол	2,67%	3,11%
давление	2,02%	2,48%
жутко	0,07%	2,48%
слабость	0,02%	2,48%
холодок	3,47%	2,48%

Так, по данным других исследований, например, при изучении особенностей интрацептивных ощущений у больных депрессивными расстройствами, словарь является дезорганизованным, в основном описываются негативные эмоциональные ощущения, такие как «тревога», «грусть», «тоска», «отчаяние», «подавленность» [20]. Пациенты, в основном,

выбирают ограниченное количество дескрипторов для описания внутренних телесных ощущений.

У больных шизотипическим расстройством также наиболее часто встречаются отрицательные ощущения в словаре: «грусть», «тоска», «тревога» и мучительные: «страдание», «невмоготу», «мучительно» [25].

Онкологические больные наиболее часто используют слова, которые относятся к желудку: «жжение», «ожог», «боль», «зануть» [25].

Таким образом, в результате исследования было установлено, что у родителей детей-пациентов параллельно изменению психического состояния в ситуации забора крови у ребенка из вены изменяется вторичное означивание интрацептивных ощущений – психическое состояние соматизируется.

Вторичное означивание может быть соотнесено с интеллектуальным уровнем внутренней картины болезни (ВКБ). Данный уровень включает в себя «представления, знания больного о себе, о своем заболевании, о его возможных причинах и последствиях» [цит. по 29]. Формирование вторичного означивания телесных ощущений связано с усвоением существующих в культуре взглядов на болезни, их причины, механизмы и вытекающие из этого методы лечения [25].

Соматизация состояния снижает степень осознания и ограничивает возможности регуляции родителями своего состояния, которое продолжает транслироваться ребенку.

В литературе зафиксировано [2,16, 25] что интрацептивные ощущения приобретают свойства (качество, модальность, локализацию и др.) в результате вторичного означивания. В процессе коммуникации мать раскрывает смысл каждого телесного явления ребёнку. Так, например, боль не отличается ребёнком от любого иного дискомфорта, если не означивается и не наделяется определённым смыслом. В свою очередь коммуникативная реальность матери и ребёнка наиболее рано и, вероятно, достаточно полно открывается участковому педиатру [28].

По данным С.В. Тюлюпо [27] существуют определенные стили коммуникации между матерью и ребёнком в ситуации оказания педиатрической помощи:

1. Ограниченное эмоциональное общение с ребенком на протяжении всего времени приема: неулыбчивость, отсутствие нежности, постоянного телесного контакта.

2. Несоответствие реакций на действия ребенка: например, если ребенок упал, то это может сопровождаться вскриком матери, импульсивным желанием помочь.

3. Ведение разговоров, фиксированных на источнике и неизбежности болезни, в присутствии ребенка.

В литературе [27, 42] также зафиксировано, что существуют определенные паттерны поведения тревожной матери в случае, если у ребенка есть психосоматическое заболевание:

1. Доминирующая установка на неизбежность болезни (феномен негативного ожидания): представления о том, что болезнь неминуема, что и реализуется на телесном уровне и соматизируется.

2. Избирательность восприятия значений детского языка, плача, поведения. Плач в таком случае интерпретируется как симптом появляющейся болезни, и как следствие, постоянные обращения к врачу.

3. Ограниченный диапазон эмоционального содержания общения ребенка и взрослого: ребенку транслируется определенная эмоция, например, тревога. А.И. Захаров [7] отмечает, что если у ребенка есть страх или беспокойство, то это на интуитивном уровне передается и матери – т.е. происходит взаимная трансляция тревоги, и тем самым тревожное состояние обоих усиливается.

4. Феномен фиксации симптома. Данный феномен выражается в том, что ответная реакция на неблагоприятное воздействие среды ограничена. Ребенку может транслироваться определенная установка, например, что нужно принимать ванну для того, чтобы «не заболеть», вместо того, чтобы

«согреться». Данная установка как бы «говорит» о том, что заболевание неизбежно, и в дальнейшем делает ребенка заложником его прошлого опыта, не учитывая возможность того, что всегда существует выбор и реализация иной программы действий.

5. Проекция на ребенка собственных представлений. В процессе развития происходит формирование индивидуальных порогов восприятия.

Так, например, мать может предполагать, что ребенку холодно, и надевает на него теплые вещи в достаточно теплую погоду. И таким образом у ребенка формируется восприятие «холода» на основе материнского представления. Тем самым порог температурного дискомфорта снижается, уменьшается количество адаптационных возможностей. Исходя из этого, проекции собственных представлений тревожной матери формируют у ребенка иррациональные представления, чуждые по природе эталоны соматического дискомфорта, которые позднее интегрируются в его внутреннюю картину болезни.

Ведущая роль в инициации и развитии взаимодействия с педиатром отводится родителям ребёнка [38, 40, 45]. Как пишет Л.А. Эртель «в педиатрической практике первоначально необходима работа с родителями, чтобы успешной была работа с их детьми» [цит. по 36]. Родитель юридически и фактически является субъектом обращения за медицинской помощью, несмотря на то, что медицинская помощь будет оказываться не ему, а ребёнку [9].

Соматизация психического состояния родителей может приводить к нарушениям контроля и регуляции состояния, которое в результате соматизации частично перестает осознаваться именно как психическое состояние, а начинает осознаваться как собственные телесные ощущения.

Исследования психического состояния родителей детей-пациентов в ситуации педиатрической помощи показали [23], что на психическое состояние родителей влияет как ситуация обращения за педиатрической помощью, так и их фоновое состояние. Общий энергетический уровень

фонового состояния играет существенную роль при оценке ситуации взаимодействия с врачом. Также, психическое состояние осознается родителями лишь частично и субъективно идентифицируется родителями неоднозначно. Таким образом, можно отметить, что родителям трудно словесно обозначить свое психическое состояние [22].

Если же психическое состояние родителей соматизировано, то взаимодействие с педиатром и (или) с ребенком может нарушаться, в то время как важную роль играет поведение родителей, стиль общения с ребенком во время приема у врача [41].

По проведенному исследованию можно сделать следующие **выводы**:

1. В негативно оцениваемой ситуации педиатрической помощи зафиксировано снижение общего энергетического уровня психического состояния по сравнению с обычным (фоновым) состоянием. Данный результат подтверждает ранее полученные данные [22,23].

2. Снижение общего энергетического уровня психического состояния сопровождается сокращением числа дескрипторов ощущений, испытываемых в экспериментальной ситуации педиатрической помощи, по сравнению с числом привычных испытуемым дескрипторов ощущений.

3. Для описания ощущений в экспериментальной ситуации педиатрической помощи испытуемые выбирают дескрипторы, отличающиеся от дескрипторов привычных ощущений.

4. Дескрипторы, описывающие ощущения испытуемых в экспериментальной ситуации педиатрической помощи, содержательно связанные с переживаемым психическим состоянием.

5. Результаты 1-4 статистически устойчивы и независимы от пола испытуемых.

## **Выводы**

1. В негативно оцениваемой ситуации педиатрической помощи психическое состояние испытуемых соматизируется.

2. Значимым механизмом соматизации психического состояния испытуемых является вторичное означивание интрацептивных ощущений в соответствии с переживаемым психическим состоянием.

3. Соматизация психического состояния в существенной мере объясняет затруднения родителей детей-пациентов в узнавании и регуляции своего психического состояния.

## Заключение

В представленной работе рассматривалась достаточно актуальная проблема означивания вторичных ощущений на материале педиатрии.

В ходе данной работы был проведен теоретический анализ отечественной и зарубежной литературы, посвященный проблемам психосоматики и соматизации, рассмотрен переход от традиционной психосоматики к психологии телесности, а также описан онтогенез телесности.

В проведенном исследовании было установлено, что на фоне изменения психического состояния происходит означивание вторичных ощущений и состояние родителей детей-пациентов соматизируется, что подтверждает выдвинутую гипотезу. Таким образом, описан механизм соматизации психического состояния родителей детей-пациентов.

Подводя итоги проведенной работы, можно говорить о том, что поставленные цели были достигнуты. Однако изучаемая проблема вторичного означивания интрацептивных ощущений далеко не исчерпана и открывает широкие перспективы для дальнейшего изучения.

Необходима проверка устойчивости выявленных закономерностей в реальной ситуации педиатрической помощи, которая планируется в дальнейшем. Также в качестве перспектив можно рассматривать разработку рекомендаций, которые способствовали бы снижению конфликтности и увеличивали возможность конструктивного взаимодействия между врачами и родителями детей-пациентов.

## Литература

1. Антропов Ю.Ф. Лечение детей с психосоматическими расстройствами / Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко. – СПб.: Речь, 2002.
2. Арина Г.А, Николаева В.В. Психология телесности: Методологические принципы и этапы клинико-психологического анализа / Под ред. В.П.Зинченко, Т.С.Леви. – М.: АСТ, 2005.
3. Выготский Л.С. Проблемы дефектологии / Л.С. Выготский. – М.: Просвещение, 1995. – 527 с.
4. Елиашвили М.Н., Даирова Р. А. /История развития психосоматики в отечественной науке // Вестник Московского городского педагогического университета. «Педагогика и психология», №1 (15) 2011. – С. 79–87.
5. Залеская О.В. Особенности образа тела у детей с бронхиальной астмой / О.В. Залеская, Р.А. Даирова // Современные технологии диагностики, профилактики и коррекции нарушений развития: материалы научно-практической конференции. – Т. 1. – М.: МГПУ, 2005. – С. 47–56.
6. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков / А.И. Захаров – Л.: Медицина, 1988. – 246 с.
7. Захаров А.И. Происхождение детских неврозов и психотерпия М.: Экспо, 2000, 448 с.
8. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д.Н. Исаев. – СПб.: Речь, 2005. – 400 с.
9. Конева Е.В., Солондаев В.К. Психологический анализ взаимодействия врач—пациент в педиатрии [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – N 6 (23). – URL: [http://mprj.ru/archiv\\_global/2013\\_6\\_23/nomer/nomer08.php](http://mprj.ru/archiv_global/2013_6_23/nomer/nomer08.php) (дата обращения: 15.05.2020).
10. Кулаков С.А. Основы психосоматики / С.А. Кулаков. – СПб.: Речь, 2007. – 288 с.

11. Курцин И.Т. Теоретические основы психосоматической медицины / И.Т. Курцин. – Л.: Наука, 1973. – 336 с.
12. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания / Р.А. Лурия. – 4-е изд. – М.: Медицина, 1977. – 112 с.
13. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Креггер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. СПб., 1994.
14. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. Справочник практического психолога / И.Г. Малкина Пых. – М.: Эксмо, 2005. – 992 с.
15. Николаева В.В., Арина Г.А. / Клинико-психологические проблемы психологии телесности // Психологический журнал. 2003. № 1. Т.24.
16. Николаева В.В., Арина Г.А. / От традиционной психосоматики к психологии телесности// Вестник Московского университета – 1996.-№2.
17. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М.: Московский университет, 1987
18. Прохоров А.О. Психология неравновесных состояний. М.: изд-во Института психологии РАН, 1998. 152 с.
19. Сидоров, П.И. Введение в клиническую психологию М., 2000. – Т. II. – 381 с.
20. Сирота Н.А., Соболев В.А., Давыдова И.А. [и др.] / Психологические особенности переживания телесного опыта больных депрессивными расстройствами // / [Электронный ресурс] Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – N 6 (23) URL: [http://www.medpsy.ru/mprj/archiv\\_global/2013\\_6\\_23/nomer/nomer10.php](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2013_6_23/nomer/nomer10.php) (дата обращения: 20.04.2020).
21. Соловьевская Н.Л. / История развития психосоматики // Труды Кольского научного центра РАН, 2018. №11-15 (9) С. 110-120
22. Солондаев В.К., Конева Е.В., Лясникова Л.Н. /Узнавание своего психического состояния родителями детей-пациентов [Электронный ресурс]

// Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 2. С. 64–82. doi: 10.17759/psyclin.2017060206

23. Солондаев В.К., Конева Е.В., Четвертаков Ю.В. Возможности идентификации психического состояния родителей ребенка-пациента // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2015. – N 3(32). – С. 5 [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 20.05.2020).

24. Солондаев В.К., Панина Ю.Ф. Анализ сюжетов взаимодействия врач – родители больного ребенка. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2009. N 1. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 20.05.2020).

25. Тхостов А.Ш. Психология телесности М.: Смысл, 2002.

26. Тхостов А.Ш. Семантика телесности и мифология болезни // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1991. С. 96-107.

27. Тюлюпо С.В./ Мать и ребёнок: общение в свете психосоматической парадигмы //СПЖ.2001. №14-15

28. Тюлюпо С.В./Ценностные основания психологии и психология ценностей: сборник материалов IV Сибирского психологического форума, 16-18 июня 2011 г., г. Томск. Томск, 2011. С. 222-224

29. Урванцев Л.П. Психология соматического больного. – Ярославль. – ЯрГУ. – 2000.

30. Фролова Ю. Г. Психосоматика и психология здоровья / Ю. Г. Фролова // учебное пособие. – Минск, 2003.

31. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. / Соматизация: история понятия, культуральные и семейные аспекты, объяснительные и психотерапевтические модели // Консультативная психология и психотерапия. 2000. № 2. С. 5–50.

32. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Соматизация современные трактовки психологические модели и методы психотерапии. Часть 2 // Современная терапия психических расстройств. 2008. № 3. С. 21–30.

33. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г./ Эмоциональные расстройства и современная культура на примере соматоформных, депрессивных и тревожных расстройств.// Московский психотерапевтический журнал, 1999, №2, с. 61-90
34. Чекрякова, С. В. / К вопросу о развитии психосоматических теорий // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В. П. Астафьева № 1. – 2007. – С. 89–94.
35. Эйдемиллер Э.Г. Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис. – СПб.: Питер, 1999. – 656 с.
36. Эртель Л.А. Проблема информированного согласия в педиатрической практике // Педиатрия. 2008. Т. 87, № 2.
37. Alexander, F. Analysis of the Therapeutic Factors in Psychoanalytic Treatment. *Psychoanalytic Quarterly*, 1950. Vol. 19. P. 482–500
38. Brom, L., Hopmans, W., Pasman, H. R., Timmermans, D. R., Widdershoven, G. A., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2014). Congruence between patients' preferred and perceived participation in medical decision-making: A review of the literature. *BMC Medical Information and Decision Making*, 14, 25.
39. Gilleland, J., Suveg, C., Jacob, M. L., & Thomassin, K. (2009). Understanding the medically unexplained: Emotional and familial influences on children's somatic functioning. *Child: Care, Health and Development*, 35(3), 383–390.
40. Higgins S.S. Parental role in decision making about pediatric cardiac transplantation: familial and ethical considerations // *Jurnal of Pediatric Nursing*. – 2001. – Vol. 16, № 5. – P. 332–337
41. Jungmann, S. M., & Witthöft, M. (2020). Medically unexplained symptoms in children and adolescents: Illness-related self-concept and parental symptom evaluations. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*.
42. La Montagne L.L., Pawlak R. Stress and coping of parents of children in a pediatric intensive care unit // *Heart & lung: the Journal of Critical Care*. 1990. V. 19. № 4. P. 416–421.

43. Taylor, G. J., Michael Bagby, R., & Parker, J. D. A. (1991). The Alexithymia Construct: A Potential Paradigm for Psychosomatic Medicine. *Psychosomatics*, 32(2).
44. Stone, A.L. & Wilson A.C., 2016. Transmission of risk from parents with chronic pain to offspring: an integrative conceptual model. *Pain*, 157(12): 2628–2639.
45. Wiley J, Westbrook M, Greenfield JR, Day RO, Braithwaite J. Shared decision-making: the perspectives of young adults with type 1 diabetes mellitus. *Patient Prefer Adherence*. – 2014. – Vol. 8. – P. 423–435.
46. Walker, L. S., Garber, J., & Greene, J. W. (1994). Somatic complaints in pediatric patients: A prospective study of the role of negative life events, child social and academic competence, and parental somatic symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, P. 1213- 1221.

## Приложения

### Приложение 1.

Таблица 1. Полная таблица абсолютных частот дескрипторов интрацептивных ощущений, выбранных для характеристики ощущений мамы в описанной ситуации, с относительными частотами тех же дескрипторов для фоновых ощущений

	МДИО1	МДИО2	
онемение	54	тревога	36
зуд	53	напряжение	32
жжение	51	боль	20
дрожь	50	сжиматься	18
холодок	48	дрожь	17
боль	47	мучительно	11
ожог	46	биение	10
горячий	43	отчаяние	10
ломота	40	подавленность	10
знобить	39	предчувствие	10
жар	38	страдание	10
укол	37	терзающий	10
влажный	35	укол	10
мокрый	35	давление	8
слабость	35	жутко	8
движение	34	слабость	8
защекотать	34	холодок	8
приятный	31		
царапнуть	31		
лихорадка	29		
удушьё	29		
упругий	29		
давление	28		
ласкающий	25		
возбуждение	23		
легкость	22		
напряжение	21		
сжиматься	21		
биение	20		
тяжесть	20		
усталость	20		
цепенеть	19		
тошнота	18		
вялый	17		
голод	15		
голод	15		
удовольствие	15		

мохнатый	12	
противный	12	
твердый	12	
занять	11	
истощение	11	
блаженствовать	9	
покой	9	
пронзать	9	
отравление	8	
учащаться	8	
опьянение	7 грусть	7
вкусный	6 цепенеть	7
влечение	6 возбуждение	6
тревога	6 онемение	6
бесчувствие	5 знобить	5
горький	5 плохо	5
мучительно	5 депрессия	4
невмоготу	5 жар	4
предчувствие	5 невмоготу	4
стук	5 тяжесть	4
депрессия	4 учащаться	4
изнуряющий	4 занять	3
подавленность	4 противный	3
терзающий	4 удушье	3
всплеск	3 бесчувствие	2
опустошение	3 горячий	2
плохо	3 истощение	2
пресыщение	3 мокрый	2
тоска	3 опустошение	2
утихать	3 вспышка	1
грусть	2 вялый	1
звенеть	2 громко	1
страдание	2 жжение	1
треск	2 изнуряющий	1
громко	1 ломота	1
жужжание	1 ожог	1
жутко	1 покой	1
отчаяние	1 приятный	1
	пронзать	1
	усталость	1