

РОЛЬ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (ДИНАМИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА)

Н.А. Кравцова (Владивосток)

Аннотация. Рассматривается проблема генеза психосоматических нарушений в динамике развития детско-родительских отношений. Предпринимается попытка выявить психологические механизмы психосоматического дизонтогенеза. Приводятся данные авторских исследований каждого рассматриваемого механизма.

Ключевые слова: психосоматический дизонтогенез, детско-родительские отношения, телесная идентичность, самооценка, статус идентичности.

Психосоматические заболевания – это соматические страдания, в этиопатогенезе которых центральная роль принадлежит психологическим факторам, таким, в частности, как неотреагированные эмоции [15. С. 334]. Познание психосоциальных механизмов развития психосоматических отношений и их нарушений принадлежит к классу сложных теоретико-прикладных проблем клинической психологии. Теоретико-методологическое значение психосоциального анализа психосоматической проблемы состоит в постановке ключевых вопросов эпистемологической и предметно-онтологической схем изучения психосоматических отношений.

Исследования психосоматических взаимоотношений и их нарушений и заболеваний в нашей стране проводятся в большей мере врачами, которые, несмотря на признание роли психогенных факторов в генезе психосоматических расстройств (ПСР), особое внимание уделяют патофизиологическим механизмам, оставляя за психогенными факторами роль пускового механизма.

Теоретико-методологическим основанием постановки проблемы психосоматического дизонтогенеза и его коррекции выступает комплекс представлений, раскрывающих понятия «психосоматические взаимоотношения», «психосоматический онтогенез», «психосоматический феномен», «психосоматический симптом».

Свои представления о сущности психосоматического дизонтогенеза есть как у врачей физиологов, педиатров, врачей психиатров-психотерапевтов, так и у клинических психологов. Об этом свидетельствует большое количество публикаций по проблеме участия психогенных факторов в инициации и поддержании не только классических психосоматозов, но и онкологических заболеваний.

Однако при всем множестве подходов еще недостаточно определены методологические и методические основы исследования ПСР, их профилактики, отсутствует действительно эффективная программа психотерапии.

Работами В.В. Николаевой, Г.А. Ариной, Ю.М. Губачева и др. показано, что психосоматическое разви-

тие человека происходит непосредственно под влиянием психосоциальных факторов, которые формируют не только присущие данной микросоциальной среде паттерны поведения и когнитивный строй, но и специфический тип метаболизма, предрасполагающий к развитию определенного психосоматического нарушения [9]. Исследования в рамках психодинамического направления показали, что психосоматический дизонтогенез запускается нарушением в системе первичных социальных отношений ребенка – детско-материнских отношений.

Отсутствие единой теории «психосоматопатогенеза» с учетом влияния психосоциальных факторов не позволяет разработать принципы и схему этиопатогенетического лечения психосоматических заболеваний. Лечение больных без учета психосоциальных факторов не способствует ни излечению, ни сколько-нибудь успешной и длительной ремиссии. С другой стороны, преувеличение значения психогенных факторов и лечение с помощью только психотерапевтических методов также малоэффективны, а кроме того, нередко приводят к развитию запущенных форм и осложнений заболеваний. Психологи-практики, как правило, неплохо ориентированы в том, какие психологические факторы принимают участие в генезе того или иного патологического развития. При этом не всегда в практической работе ориентируются на знания ведущих механизмов психосоматического дизонтогенеза.

Знание последовательностей включения в психосоматический дизонтогенез различных психосоциальных факторов позволит выстроить адекватную схему психопрофилактики и психотерапии психосоматических нарушений и заболеваний. Необходимо четко осознавать, что психосоматическое заболевание у взрослого человека давно вышло за рамки психологической сферы и главные механизмы патологического развития связаны с патофизиологией. У детей психосоматические расстройства в большей мере обусловлены и поддерживаются психосоциальными факторами, патогенный тип метаболизма еще не закреплен, а потому психотерапия будет более эффективной. Так как психическое развитие ребенка оп-

ределяется прежде всего родительским, материнским влиянием, то естественно предположить, что в психосоматическом дизонтогенезе определяющую роль играет характер родительско-детских отношений, и в первую очередь материнско-детских.

Таким образом, актуальность разработки проблемы участия детско-родительских отношений в развитии психосоматических нарушений у детей имеет две необходимые предпосылки:

– необходимость познания характера и степени участия психосоциальных факторов в психосоматическом дизонтогенезе;

– разработка этиопатогенетически обоснованной схемы психопрофилактики и психотерапии психосоматических нарушений и заболеваний у детей.

Участие детско-родительских отношений в психосоматическом дизонтогенезе является сложным динамическим процессом, в котором можно выделить несколько основных механизмов.

Первый механизм – формирование базового эмоционального фона и преобладающего типа эмоционального реагирования у ребенка во внутриутробном периоде.

Эмоциональная сфера имеет свою специфику у каждого индивидуума. Характер эмоционального реагирования формируется с участием как биологических, так и социальных факторов на протяжении всего периода детства. Биологическая основа типа эмоционального реагирования определяется генотипом и закладывается еще во внутриутробном периоде развития в тесной связи с эмоциональным состоянием матери, т.е. уже в этом периоде имеет значение внешний фактор, каковым является для плода организм матери, ее доминирующее психическое состояние во время беременности. Первичная адаптивная система ребенка, представленная структурами древнейшего мозга и нейроэндокринной системой, развивается в тесной взаимосвязи с эмоциональным состоянием матери, ее образом жизни во время беременности [7]. Чем более разнообразны воздействия на плод, тем более дифференцированной становится его экспрессия, тем большее количество различных стимулов он будет «узнавать» после рождения [18]. Это, в свою очередь, будет зависеть от того, как женщина относится к беременности, от типа переживания беременности, степени осознанности ее отношения к ребенку.

Показано, что наиболее опасны для психического и психосоматического развития ребенка стрессы, высокая тревожность и депрессивные эпизоды во втором и третьем триместре беременности [19]. Согласно данным Шеперда, именно в этот период в течение 100 дней происходит закладка и формирование всех нейронов мозга человека [21]. Усиление к концу беременности депрессивных состояний прогностично для возникновения как послеродовых деп-

рессий у матери, так и психических нарушений у ребенка, а также связано с наличием психологических проблем в подростковом возрасте [19].

Тип переживания беременности, в свою очередь, зависит от характера отношений будущей матери со своей матерью. Доказано, что возможность женщины идентифицировать себя как Мать с Образом своей матери в период первой беременности влияет на ее Образ Я: самооценка у этих женщин достаточно высокая, а внутренняя конфликтность низкая. У женщин с инфантильным представлением о себе («Я» – «Я-дочь») отмечается достаточно низкая самооценка, непринятие своего Образа «Я», высокая внутренняя конфликтность, высокая тревожность. В этом случае женщина внутренне не готова быть матерью своему ребенку, быть достаточно зрелой, ответственной [16].

Кроме того, если будущий ребенок нежелателен для матери и она в период беременности озлоблена и раздражена, то ее негативизм чувствует плод. Психика нежеланного ребенка травмируется еще до рождения. Даже если взять нежеланность ребенка в чистом виде, отдельно от действия других факторов, то и тогда нежеланный ребенок будет почти всегда отличаться в физическом и психическом развитии от желанного. При отрицательном отношении к беременности мать не стремится ее сохранить, избегать вредных воздействий, нет радостного, приподнятого ожидания ребенка [12].

Второй механизм – характер отношения матери с ребенком после рождения. Г. Аммон, изучая психосоматически морбогенные отношения матери и ребенка, отмечал, что мать, как правило, «не смогла найти и развить собственную идентичность в своей семье, имеет нереалистично завышенный образ идеальной матери и идеального ребенка». Исходя из этого, «мать воспринимает ребенка первично дефектным, а его соматические потребности – как очередное оскорбление. Защищаясь, мать навязывает ребенку свое собственное бессознательное требование совершенства, по большей части в форме жесткого контроля всех его жизненных проявлений, в особенности соматических функций. Лишь соматическое заболевание ребенка позволяет матери подтвердить свое бессознательное идеальное представление о себе как о совершенной матери и вознаградить за это ребенка действительным вниманием и заботой» [2. С. 67–68].

Дж. Мак-Дауголл на основе 25-й психоаналитической практики приходит к выводу о том, что у взрослых с психосоматическими нарушениями в анамнезе имеются расстроены отношения с матерью и бессознательные страхи быть брошенным или отвергнутым матерью. А так как определение границ тела (телесное Эго) и развитие ощущений первичной телесной идентичности происходит в младенчестве в диаде ранних детско-материнских отно-

шений, то Эго психосоматиков недостаточно цельное и интегрированное, ему не хватает определенности «телесных границ», чувства Эго-идентичности (Я есть Я). Поэтому в минуту опасности активизируются «архаичные» страхи быть поглощенным.

Там, где нормальный человек переживает определенные эмоции, чувства, психосоматик отвечает телесными симптомами. Нечеткие границы Эго, дефицит идентичности вызывают спутанность и неопределенность в различении физической и психической сфер жизнедеятельности, поэтому психическая угроза воспринимается психосоматиком как угроза целостности тела, т.е. стимулы психического уровня автоматически вызывают телесные реакции. При этом физическое заболевание переживается как убедительное доказательство того, что тело живо. Индивидуальное таким образом борется с чувством внутренней смерти, которое проистекает из младенческих переживаний» [21. С. 28].

Ю.Ф. Антропов, изучая этиологические факторы соматизации психических расстройств в младенческом возрасте, отмечает нарушения отношений в диаде мать – ребенок в форме недостаточного эмоционального общения на 1-м году жизни, игнорирование ребенка в связи с нежелательностью его рождения, отказ от воспитания или передоверие его прародителям, а также избыточное проявление заботы и сильную взаимную аффективную привязанность у 62,4% из 1132 детей [5. С. 268].

Указанные нарушения отношений в диаде мать – дитя влияют на тип эмоционального реагирования, который формируется по мере отделения ребенка от матери и расширения его контактов с окружающим миром и социумом и во многом зависят от родительского стереотипа. В младенчестве через отношения с матерью формируется тип отношения ребенка к окружающему миру: зависимость – независимость, самостоятельность. Психоаналитики отмечают, что часто формируются 2 типа отношений, которые составляют основу формирования психосоматического симптома: псевдонезависимость (при недостаточной заботе и эмоциональной включенности матери) и манифестирующая зависимость (при гиперпротекции и гиперопеке).

При псевдонезависимости преобладает симпатическая стимуляция, при этом индивид целиком направляет внимание на противостояние внешним проблемам. При формировании зависимости отмечается парасимпатическое доминирование, которое уводит индивида от внешних проблем в простое вегетативное существование.

В соответствии с этим Александер выделил 2 основные группы психосоматических расстройств: расстройства 1-й группы (псевдонезависимость) – результат торможения или вытеснения импульсов враждебности, агрессивного самоутверждения – ГБ,

тиреотоксикоз, ревматоидный артрит, головные боли; расстройства 2-й группы (манифестирующая зависимость) побуждают к эмоциональному уходу от действия в зависимое состояние. Вместо противостояния опасности – первый импульс – обратиться за помощью (как в детстве), это «вегетативный уход». К этой группе относятся: *кардиоспазм, колиты, запоры...* Оральное поглощение становится ранним паттерном ослабления неприятного напряжения, вызванного неудовлетворенной потребностью. Этот ранний способ разрешения болезненного напряжения может снова возникнуть у взрослых людей в невротическом состоянии или под влиянием острого стресса. В эту же группу относят состояния усталости, связанные с расстройством углеводного обмена, – сахарный диабет. Сходным образом психологический компонент бронхиальной астмы представляет уход от действия в состояние зависимости, поиска помощи. Все нарушения в этой группе стимулируются парасимпатической и тормозятся симпатической стимуляцией [1].

К подростковому возрасту, как правило, уже сформирован присущий данному индивидууму специфический стиль эмоционального реагирования и, соответственно, своя специфическая композиция участия соматических структур в сопровождении эмоций.

Третий механизм – формирование самооценки. Самооценка, активно формирующаяся в младшем школьном возрасте в рамках развития рефлексивных процессов под влиянием взрослых (учителя и родителей), являясь важным звеном формирования Я-концепции (Я-образа), влияет на специфику формирования психосоматических связей. Развитие самооценки и самоуважения – процесс циклический: уверенные в себе, в своих силах и способностях дети более успешны в той деятельности, которой занимаются, и наоборот. Часто болеющие дети имеют опыт физической, интеллектуальной неуспешности, обусловленный болезнью, что способствует формированию негативной антиципации как в отношении выздоровления, так и в отношении любой активной деятельности. С другой стороны, у детей с неадекватно завышенной самооценкой, формирующейся, как правило, в условиях семейного воспитания по типу «кумир в семье», сохраняется эгоцентризм, превращающийся из детского способа восприятия и объяснения мира в личностную характеристику.

Согласно точке зрения Я. Рейковского, эгоцентрическая направленность личности формируется на основе неодобрения телесных аспектов «Я», неприятия (или амбивалентной оценки) соматического уровня Я-концепции. Эмоциональные реакции при этом свидетельствуют «об особенно высокой степени концентрации на самом себе... о доминирующей роли «структуры Я» как механизма, регулирующего поведение, при одновременном отсутствии адекватных средств

для удовлетворения связанных с этим потребностей, или при неодобрении своего Я» (Рейковский Я., цит. по: [13]). «Такая внутренне противоречивая структура личности с ограниченной способностью к самореализации, а вместе с тем к решению задач, следующих из выполнения ролей, может стать гипотетическим источником нарушений в эмоциональном и вегетативном обеспечении человека» [13].

Неадекватная самооценка создает условия для формирования статуса предрешенности при решении подростком вопроса собственной идентичности.

Четвертый механизм – решение вопроса идентичности в подростковом возрасте. В подростковом возрасте ребенок активно решает проблему собственной идентичности, от характера решения которой будет зависеть образ всей его последующей жизни. Характер самооценки влияет на решение проблемы идентичности подростками. Эгоцентризм и неадекватно завышенная самооценка чаще всего сочетаются с эмоциональной незрелостью и инфантилизмом. При таком варианте личностного развития подросток не в силах самостоятельно решать вопрос идентичности, чаще всего он принимает навязанную чужую идентичность за свою.

Неадекватно заниженная самооценка сочетается часто с психастеническими чертами личности, с развитым эмоциональным контролем, гиперответственностью, в том числе перед родителями, семьей. Подросток испытывает чувство вины и страх несоответствия перед ожиданиями взрослых. Чтобы ослабить психическое напряжение, вызванное этим чувством, подросток принимает навязанную родителями идентичность.

Характер решения проблемы идентичности опять же будет определяться тем, сможет ли подросток отделиться от матери. «Рождаясь из чрева и груди матери, он, в конце концов, должен стать полностью отдельным человеческим существом» [20. С. 396]. Настоящим достижением материнской любви является любовь не к младенцу, но к растущему ребенку. «Сама сущность материнской любви состоит в заботе о росте ребенка, т.е. в желании, чтобы он отделился. Мать должна не только терпеть, но и желать и поддерживать отделение ребенка. Только на стадии его обособления материнская любовь становится очень трудной задачей, требующей неэгоистичности, способности все отдать и ничего не просить, кроме счастья любимого ребенка». Именно на этой стадии материнская любовь часто «дает трещину». «Склонная к нарциссизму, властная и деспотичная женщина легко может быть “любящей” матерью, пока ребенок мал. Только по-настоящему любящая женщина, для которой большее счастье отдавать, чем получать, может быть любящей матерью, даже когда ребенок от нее обособляется. Материнская любовь к растущему ребенку, любовь без всякой корысти, является, пожалуй, самой труднодостижимой

и наиболее обманчивой формой любви из-за той естественности, с какой мать любит младенца» [20].

Отделение от матери чрезвычайно важно для ребенка, ибо иначе он не состоится, будет проживать «не свою жизнь», а мечту (или месь, или еще что-либо) матери. В России принято показывать свои отличные качества родителей, особенно матерей, через чрезмерную, нередко напоказ, заботу о ребенке: «Я все за него сделаю, лишь бы он был счастливым». При этом, как правило, мать (родители) убеждена, что именно она знает, что нужно ее ребенку. Такое отношение к детям считалось совсем недавно, да и сейчас еще, настоящим проявлением родительских чувств. Те матери, которые не могли решать все за ребенка, испытывали чувство вины из-за того, что «не могут помочь ребенку быть счастливым».

В результате такого воспитательного подхода «Я» ребенка остается незрелым. Распространенным вариантом решения вопроса идентичности был и есть до сих пор «статус предрешенности», когда подросток, не задумываясь, принимает на себя выбор собственного будущего, сделанный родителями (Марсиа Дж., цит. по: [9. С. 605]). Такой подросток не переживает кризис идентичности, не ищет в душевных муках ответ на вопросы: «Кто Я? Чего Я хочу? Кем я хочу стать? С кем я хочу быть? Мое – не мое». У него не происходит формирования психологического новообразования – собственной идентичности, которое можно представить как единение истинных устремлений души и полученных в процессе социализации знаний и умений. Подросток включает в структуру личности родительские установки, не соответствующие вышеназванным устремлениям. Нарушения, возникающие при этом в целостном личностном и духовном развитии, и создают основу для формирования дисфункциональных психосоматических связей.

В основе такого варианта решения проблемы идентичности лежит нарушение обретения первичной телесной идентичности в младенчестве. Дж. Мак-Дауголл отмечает: «Эго психосоматиков недостаточно цельное и интегрированное, ему не хватает определенности “телесных границ”, чувства Эго-идентичности (Я есть Я). Поэтому в минуту опасности активизируются страхи быть поглощенным. Там, где нормальный человек переживает определенные эмоции, чувства, психосоматик отвечает телесными симптомами. Нечеткие границы Эго, дефицит идентичности вызывают спутанность и неопределенность в различении физической и психической сфер жизнедеятельности, поэтому психическая угроза воспринимается психосоматиком как угроза целостности тела. То есть стимулы психического уровня автоматически вызывают телесные реакции» [22].

Нерешенный вопрос идентичности приводит к нарушению социальной адаптации, что выражается на телесном уровне в соматических нарушениях.

Пятый механизм формирования психосоматических нарушений – социальная незрелость (социальная дезадаптированность подростка). На характер социализации ребенка опять же влияют детско-родительские отношения. В наших исследованиях показано, что дети, пережившие эмоциональную депривацию со стороны родителей в младенчестве и раннем детстве, плохо адаптируются к системе общественных отношений. Ярко это проявляется при адаптации ребенка к школе в первом классе. Кроме того, на успешность социальной адаптации ребенка влияет интериоризация им социальных норм и правил. Это во многом зависит от характера отношений ребенка с отцом. Как утверждают современные психоаналитики, чтобы адекватно социализироваться, каждый ребенок должен пройти период *строгого отцовского контроля*. В противном случае вырастает человек, не способный подчиниться правилу, закону, приказу вышестоящего и при этом не способный сам распорядиться властью, не способный нести ответственность за себя, свои поступки, образ жизни. В таком случае опять же преобладает инфантильный способ разрешения сложных ситуаций – через телесные функции.

На кафедре клинической психологии Владивостокского государственного медицинского университета реализуется комплексная программа изучения психосоматического дизонтогенеза. Направления исследований соответствуют вышеозначенным звеньям дизонтогенеза: изучение специфики влияния психологических компонентов беременности на здоровье ребенка; изучение влияния вида родовспоможения на психическое развитие ребенка и его психосоматическое здоровье; изучение рефлексивных процессов в дошкольном, младшем школьном, подростковом возрасте и их участие в психосоматическом дизонтогенезе; проблема идентичности и психосоматический дизонтогенез.

В течение 7 лет было обследовано 2400 детей и подростков, страдающих различными формами психосоматических расстройств. У младенцев и детей раннего детского возраста преобладали нарушения гастроинтестинальной системы, у детей дошкольного возраста – энурез, энкопрез, тики, нарушение питания, гипервентиляционный синдром, частые простудные заболевания, у младших школьников и подростков преобладали вегетативные нарушения в рамках психовегетативного синдрома, бронхиальная астма и гипервентиляционный синдром, головные боли, абдоминалгии, нарушения пищевого поведения и менструального цикла у девочек.

По 1-му направлению проводятся непосредственные наблюдения за беременными в процессе их психологического сопровождения и отслеживается психическое развитие детей в зависимости от переживания беременности матерью, фактора желательности беременности, эмоциональной динамики во время беремен-

ности. Кроме того, проводятся катamnестические исследования отношения к беременности и всех вышеуказанных факторов у матерей детей, страдающих психосоматическими расстройствами (бронхиальной астмой). На данный момент обследовано 86 матерей детей, страдающих бронхиальной астмой, и 60 беременных, посещающих школу для беременных.

По предварительным данным, стиль переживания матерью своей беременности определяет риск развития психосоматических нарушений у ребенка. Так, у 87% матерей обследованных нами детей младшего школьного и подросткового возраста, страдающих бронхиальной астмой, был установлен преобладающий тревожный стиль переживаний беременности. Тревожное эмоциональное состояние матери формирует преобладающий тревожный эмоциональный фон и тип эмоционального реагирования у ребенка в последующем развитии.

По 2-му направлению обследовано 60 детей, рожденных посредством кесарева сечения, а также проведено катamnестическое исследование 35 детей с задержкой речевого развития и 96 детей, страдающих бронхиальной астмой. Катamnестический анализ показал, что среди обследованных детей с задержкой речевого развития 60%, а среди детей, страдающих бронхиальной астмой, 43% рождены путем кесарева сечения. Предварительные результаты позволяют предположить, что указанный способ родовспоможения влияет на формирование повышенной невротизации, высокого уровня тревожности, вызывает нарушение речевого развития и является фактором повышенного риска психосоматических расстройств у детей в последующем их развитии. Необходимо дальнейшее исследование в указанном направлении с дифференциацией показаний к операции кесарево сечение.

Повышенный уровень невротизации и тревожности, небезопасная привязанность к матери выявлены также у 100 детей младенческого и раннего детского возраста, посещающих детские дошкольные учреждения с младенческого возраста вследствие занятости матери работой, а также вследствие эмоционального отвержения ребенка матерью. Эта группа детей также составляет группу риска по развитию психосоматических расстройств.

Нами обследовано 350 подростков с психосоматическими расстройствами. Изучали Я-концепцию с использованием метода «Семантический дифференциал», самооценку – с использованием методики «Полярные профили». Выявлено преобладание статуса предрешенности (36%) и статуса диффузности (42%) по Дж. Марсиа. Установлено, что у 79% детей младшего школьного и подросткового возраста, страдающих психосоматическими расстройствами, формировалась неадекватно завышенная или неадекватно заниженная самооценка.

Таким образом, можно сделать предварительные выводы.

1. Во внутриутробном периоде формируется начальная базовая система отношений с миром, основанная на принятии или непринятии беременности матерью, типе отношения и переживании состояния беременности матерью, которое, в свою очередь, является отражением принятого в данной социальной среде стереотипа отношения к беременности, рождению ребенка и связано со сложными вопросами материнской идентичности, психологической зрелости молодой женщины.

2. Психосоматический дизонтогенез обусловлен сочетанным воздействием биопсихосоциальных факторов, вызывающих нарушение процесса социализации телесных функций и формирования психосоматических феноменов. Психосоматические расстройства являются продуктом нарушений психического развития во внутриутробном, младенческом и раннем детском возрасте. На их развитие влияют прежде всего ранние детско-материнские отношения, включая желательность и нежелательность беременности, отношение матери к состоянию беременности, идентификацию женщиной себя с образом матери.

3. Характер родов влияет на последующую социализацию ребенка и его способность к развитию волевых процессов. Кесарево сечение в качестве родоразрешающей операции не является нейтральной для последующего характера психического развития ребенка и обуславливает психосоматический дизонтогенез через повышенный уровень его невротичности и тревожности.

4. Неадекватная самооценка является важным симптомом психосоматического дизонтогенеза и одновременно фактором, поддерживающим патогенный тип метаболизма.

5. У подростков с психосоматическими нарушениями процесс решения проблемы идентичности напрямую зависит от родительского выбора, структурные компоненты Я-концепции плохо дифференцированы.

Несмотря на большое количество научных работ в области психосоматических взаимоотношений, их нарушения и методов психотерапии, на сегодня остается неизвестным тот самый механизм «переключения» с психического уровня на соматический. Мы попытались схематично представить лишь некоторые моменты этого механизма.

Литература

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. М.: ЭКСМО-ПРЕСС, 2002. 352 с.
2. Амон Г. Психосоматическая терапия. СПб., 2000. 239 с.
3. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 1999. 298 с.
4. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. СПб.: Речь, 2002. 560 с.
5. Антропов Ю.Ф., Бельмер С.В. Соматизация психических расстройств в детском возрасте. М.: ИД Медпрактика-М, 2005. 444 с.
6. Брехман Г.И. Перинатальная психология // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 1998. № 4. С. 49–53.
7. Брусиловский А.И. Жизнь до рождения. М.: Знание, 1991. 234 с.
8. Винникотт Д.В. Маленькие дети и их матери. М.: Класс, 1994. 112 с.
9. Губачев Ю.М., Стамбовский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. Л.: Медицина, 1981. 216 с.
10. Дольто Ф. На стороне ребенка. Екатеринбург: У-ФАКТОРИЯ, 2003. 563 с.
11. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб., 1996. 455 с.
12. Коваленко-Маджуга Н.П. Перинатальная психология. СПб., 2001. 326 с.
13. Крайг Г. Психология развития. СПб.: Питер, 2001. 992 с.
14. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М.: Медпресс, 1998. 588 с.
15. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. М.: МЕДпресс-информ, 2002. 608 с.
16. Пайнз Д. Бессознательное использование женщиной своего тела. М., 1997. 264 с.
17. Психиатрия. Психосоматика. Психотерапия / К.П. Кискер, Г. Фрайбергер, Г.К. Розе, Э. Вульф. М.: Алетейя, 1999. 504 с.
18. Учебное пособие по психологии материнства: Для факультетов психологических, медицинских и социальной работы. Самара: Изд. дом БАХРАХ-М, 2003. 600 с.
19. Филиппова Г.Г. Психология материнства: Учебное пособие. М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. 250 с.
20. Фромм Э. Теория любви // Семья: Книга для чтения. Кн. 2. М.: Политиздат, 1990. 397 с.
21. Шепперд Гордон Т.М. Нейробиология: В 2 т. М., 1987.
22. McDougall J. Theatres of the body. N.Y.: Norton Company, 1982. 184 с.

ROLE OF CHILD-MOTHER RELATIONSHIPS IN FORMING KIDS AND TEENAGERS PSYCHOSOMATICAL DISORDERS

N.A. Kravtsova (Vladivostok)

Summary. The problem of genesis psychosomatal disorders is examined in developing parent-child relationships. Attempt of elucidating psychological mechanisms of psychosomatal disontogenesis is being undertaken in this article. Author's research results of each examining mechanism are brought here.

Key words: psychosomatal disontogenesis, parent-child relationships, body identity, status identity, self appreciation.