

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«Национальный исследовательский Томский государственный университет»

На правах рукописи



Комолов Дмитрий Андреевич

ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ И КОГНИТИВНЫХ КОМПОНЕНТОВ
В СТРУКТУРЕ РЕПРЕЗЕНТАЦИИ ТЕЛА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
С РАЗЛИЧНЫМИ ГРУППАМИ ЗДОРОВЬЯ

19.00.04 – Медицинская психология

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Научный руководитель
кандидат психологических наук, доцент
Ениколопов Сергей Николаевич

Томск – 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ИЗУЧЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ АФФЕКТИВНЫХ И КОГНИТИВНЫХ КОМПОНЕНТОВ В СТРУКТУРЕ РЕПРЕЗЕНТАЦИИ ТЕЛА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ГРУППАМИ ЗДОРОВЬЯ.....	16
1.1 Понятие и основные закономерности онтогенеза аффективных и когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела.....	18
1.1.1Общее представление о психической репрезентации	19
1.1.2 Представление о специфике и конструктах психического отражения тела	26
1.1.3 Особенности психосоматического развития и онтогенеза телесности.....	33
1.2 Обзор исследований детско-родительских отношений в ситуации соматической, неврологической и психической патологии у детей	43
1.3 Клиническое описание различных групп здоровья.....	54
1.4 Постановка проблемы исследования.....	61
ГЛАВА 2 ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ АФФЕКТИВНЫХ И КОГНИТИВНЫХ КОМПОНЕНТОВ В СТРУКТУРЕ РЕПРЕЗЕНТАЦИИ ТЕЛА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ГРУППАМИ ЗДОРОВЬЯ.....	71
2.1. Обоснование методик исследования.....	71
2.2 Краткая характеристика выборки.....	79
2.3. Описание результатов исследования.....	83
2.3.1 Результаты исследования потребностной сферы у детей и подростков с различными группами здоровья	83
2.3.2 Результаты исследования аффективных компонентов в структуре репрезентации тела у детей и подростков с различными группами здоровья	87

2.3.3 Результаты исследования невербального когнитивного компонента в структуре репрезентации тела у детей и подростков с различными группами здоровья	108
2.3.4. Результаты исследования вербально опосредованного когнитивного компонента в структуре репрезентации тела у детей и подростков с различными группами здоровья.....	113
2.3.5. Результаты исследования стилей семейного воспитания у родителей детей с различными группами здоровья.....	121
2.4. Обсуждение результатов исследования аффективных и когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела и их взаимосвязей у детей и подростков с различными группами здоровья.....	124
2.4.1. Специфика аффективных компонентов в структуре репрезентации тела у детей и подростков трех групп здоровья.....	124
2.4.2. Специфика когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела у детей и подростков трех групп здоровья.....	135
2.4.3. Специфика аффективно-когнитивных взаимосвязей в структуре репрезентации тела у детей и подростков трех групп здоровья.....	143
2.4.4. Специфика стилей родительского воспитания и их связи с аффективными и когнитивными компонентами в структуре репрезентации тела у детей трех групп здоровья.....	148
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	153
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	156
ПРИЛОЖЕНИЕ А. Бланк методики «Волшебная страна чувств».....	179
ПРИЛОЖЕНИЕ Б. Таблица коэффициентов ранговой корреляции Ч. Спирмена	180
ПРИЛОЖЕНИЕ В. Бланк параметров телесных промеров в методике М. Фельденкрайза в модификации И.А. Соловьевой.....	182
ПРИЛОЖЕНИЕ Г. Наименование дескрипторов в методике КДСО (детский вариант).....	183
ПРИЛОЖЕНИЕ Д. Таблицы значимых показателей корреляционного анализа между параметрами методик у детей и подростков с различными группами здоровья.....	184

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. В последние десятилетия возросла тенденция к увеличению числа детей с соматической патологией со смещением начала заболевания на более ранний возрастной период (О.Ф. Выхристюк, Г.А. Самсыгина). В соответствии с данными всероссийской диспансеризации за 2002 год, на сегодняшний день 32% школьников являются относительно здоровыми, у 51,7% выявлен риск развития той или иной формы соматической патологии, 16,25% детей имеют хронические соматические заболевания (А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева, Н.И. Макеев, В.А. Родионов, Е.В. Антонова).

С медицинской точки зрения для удобства проведения профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий пациентов принято разделять по группам здоровья. Присвоение детям определенной группы здоровья, проводится согласно инструкции, утвержденной приказом Минздрава РФ от 30.12.2003 г. № 621. В соответствии с данной инструкцией первая группа здоровья представлена детьми, имеющими нормальное физическое и психическое развитие. Ко второй группе здоровья относят детей, у которых отсутствуют хронические заболевания, но имеются функциональные и морфофункциональные нарушения, часто болеющих детей, а также детей с последствиями травм и операций при сохранности соответствующих функций. В третью группу здоровья включают детей, страдающих хроническими заболеваниями в стадии ремиссии, с сохранными или компенсированными функциональными возможностями, последствиями травм и операций при условии компенсации соответствующих функций. В настоящем исследовании приняли участия дети и подростки, имеющие первую, вторую и третью группы здоровья.

Согласно данным НИИ Гигиены и охраны здоровья детей и подростков, процентное соотношение детей и подростков трех групп здоровья представлено следующими показателями: первую группу здоровья имеют 3,3% школьников, вторую группу – 34,8%, третью группу – 58,8% (А.А. Баранов, Л.А. Щеплягина,

Н.И. Макеев, В.А. Родионов, Е.В. Антонова). Большинство работ, посвященных исследованию групп здоровья, осуществляется в рамках педагогики и педиатрии и реализуется с позиции разработки воспитательных или реабилитационно-лечебных мероприятий (И.А. Колесникова, Н.И. Макеев, В.А. Родионов, Е.В. Антонова, А.Р. Мухетдинова, М.Х. Спатаева).

Степень разработанности проблемы. В работах психологической направленности исследования детей, имеющих третью группу здоровья, проведенных на клинических моделях детей и подростков с различными хроническими соматическими заболеваниями, представлены достаточно широко. Данные работы включают изучение социальной ситуации развития (С.Н. Воронина, Г.С. Маскова, А.А. Михеева, В.В. Николаева, Е.Г. Филякова); специфики телесного и эмоционального опыта (Т.Г. Горячева, Н.А. Коваленко, Е.А. Нагога); особенностей личности детей при нарушении здоровья (В.А. Ковалевский); характера родительской адаптации и стрессоустойчивости в семьях, имеющих детей с хроническими заболеваниями (Н.А. Писаренко, Н.А. Урядницкая, М.А. Бялик, Е.И. Моисеенко, В.В. Николаева; Е.И. Первичко, Д.В. Дробыш); аффективно-поведенческих предпосылок, участвующих в становлении психопатологических процессов у детей и подростков с позиции психосоматической взаимосвязи (Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко, Д.Н.Исаев; И.С. Карауш., Ю.С. Шевченко., И.Е. Куприянова). Наиболее представлены исследования, изучающие особенности детско-родительских отношений у детей с хроническими соматическими заболеваниями, в рамках которых основное внимание уделяется нарушению знаково-опосредованной коммуникации между матерью и ребенком (М.В. Булыгина, М.Н. Елиашвили, О.Б. Нестеренко, Е.Е. Русякова), наличию гиперопекающего стиля, а также стиля, характеризующегося фобией утраты ребенка (А.С. Султанова, А.Н. Васина, Т.Г. Горячева, И.В. Кокшенев), наличием патологической симбиотической связи в период раннего детства (Г. Аммон, Ф. Дольто).

В отличие от широкой представленности работ психологической направленности, проведенных на модели третьей группы здоровья, изучение

психологических особенностей детей и подростков второй группы здоровья осуществлено недостаточно. Имеются немногочисленные исследования, раскрывающие дисгармоничность, внутреннюю конфликтность стиля родительского воспитания в семьях, имеющих часто болеющих детей и подростков (Г.Г. Вылегжанина, В.А. Ковалевский, Е.В. Котова); механизмы инфантилизации больного ребенка и ограничительного поведения родителей с тенденцией к образованию симбиотических отношений на модели соматически ослабленных детей (Ж.Г. Дусказиева).

Болезнь создает особый телесный опыт и особый стиль детско-родительских отношений, что обосновывает возможность проведения сравнительного анализа детей и подростков с различными группами здоровья в рамках исследования психосоматического онтогенеза и дизонтогенеза.

Представление о психосоматическом развитии реализовано в рамках культурно-исторического подхода, рассматривающего телесность как аналог высших психических функций (В.В. Николаева, Г.А. Арина). Телесность как психологический конструкт включает в себя множество психосоматических феноменов, таких как «образ тела», «схема тела», «представление о теле», «образ физического Я», «Я-концепция». Исследованию указанной феноменологии посвящено множество исследований (А.Н. Дорожевец, О.Г. Мотовилин, Е.Т. Соколова, D. Bernstein, P. Federn, S. Fisher, S.E. Cleveland, H. Head, M. Rosenberg, F.C. Schontz). Опираясь на положения, отраженные в ряде работ Л.С. Выготского, С.Л. Рубинштейна, О.К. Тихомирова, Б.В. Зейгарник, Ю.Ф. Полякова, В.В. Лебединского, Е.Т. Соколовой о единстве и взаимодействия аффекта и интеллекта, в настоящей работе будет использован термин «репрезентация тела» – феномен психического отражения тела, в структуре которого можно выделить аффективные и когнитивные компоненты, а также их системные взаимосвязи. Методологически понятие «репрезентация тела» раскрывается как результат психического отражения тела в процессе формирования субъектности (К.А. Абульханова, Б.Г. Ананьев, А.В. Брушлинский, Б.Ф. Ломов, Т.А. Ребеко, С.Л. Рубинштейн, Е.А. Сергиенко). Процесс

нормального психосоматического развития рассмотрен в диссертационной работе с точки зрения интеграции аффективных и когнитивных звеньев репрезентации тела в единую структуру.

Наряду с нормальными феноменами телесности наблюдаются и явления отклонения в психосоматическом развитии ребенка. Механизмы психосоматического дизонтогенеза на сегодняшний день изучены недостаточно. Взяв за основу структуру психического дизонтогенеза, выделенную В.В. Лебединским, В.В. Николаева, Г.А. Арина описывают варианты психосоматического дизонтогенеза в форме задержки, регресса и искажения.

Большинство соматических симптомов у ребенка вызваны аффективными или личностными нарушениями, которые во многом обусловлены отношениями в семье (О.Г. Мотовилин), а отношения в диаде «мать–дитя» задают основные векторы в формировании аффективно-когнитивных взаимосвязей в системе репрезентации тела и их динамику в ходе психосоматического развития.

Постановка проблемы исследования. Основываясь на представлениях Л.С. Выготского о связи аффекта и интеллекта, а также механизмах протекания аномального онтогенеза, предложенных В.В. Лебединским, исследования школы Е.Т. Соколовой, представляется возможным изучение особенностей аффективных и когнитивных компонентов репрезентации тела при психосоматическом дизонтогенезе на модели различных групп здоровья у детей и подростков.

Использование метода «поперечных» срезов позволит провести не только сравнительный анализ репрезентации тела у детей и подростков, но и изучить возрастную динамику аффективных и когнитивных компонентов в ее структуре. Хотя данный метод не предполагает непосредственного измерения возрастных изменений, как лонгитюдная схема, в работах по экспериментальной психологии признается, что с его помощью правомерно делать выводы о развитии при допущении об эквивалентности выборок («сквозь» которые проводится сравнение) и исторических периодов для разных когорт испытуемых (Т.В. Корнилова, С.А. Корнилов). В рамках психологии развития респондентов в границах детского и подросткового возраста обычно рассматривают как

представителей одной когорты, что соответствует условию эквивалентности групп, делающего обоснованным онтогенетические интерпретации (С. Миллер). Кроме того, метод «поперечных» срезов позволяет избежать систематического смещения возраста и времени обследования. Правомерность деления респондентов на группы здоровья, внутри каждой из которых наблюдается нозологическая гетерогенность, определяется наличием общего фактора внутри каждой группы – уровня физического здоровья. Экспериментальный план настоящей диссертационной работы предполагает варьирование уровня физического здоровья, задающего однородность выборки в рамках каждой из изучаемых групп сравнения. Таким образом, исследование возрастных особенностей аффективных и когнитивных компонентов в структуре репрезентаций тела у детей и подростков с различными группами здоровья с помощью метода «поперечных» срезов позволит прояснить механизмы психосоматического онтогенеза и дизонтогенеза с точки зрения формирования аффективно-когнитивных взаимосвязей в структуре репрезентации тела в различных условиях психосоматического развития.

Как показал анализ литературы, современные исследования детей и подростков с различными группами здоровья в рамках педагогики и педиатрии отсутствуют, а в психологии вообще ранее не проводились.

Цель исследования: установить особенности аффективных и когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела у детей и подростков с различными группами здоровья, а также проследить их возрастную динамику с помощью метода «поперечных» срезов.

Объект исследования – аффективные и когнитивные компоненты в структуре репрезентации тела у детей и подростков с различными группами здоровья.

Предмет исследования – возрастная динамика аффективных и когнитивных компонентов и их взаимосвязей в структуре репрезентации тела на моделях различных групп здоровья.

Гипотезы исследования:

1. Существуют специфические особенности структуры репрезентации тела, отражающие различную степень сформированности ее аффективных и когнитивных компонентов, а также их взаимосвязей, и зависящие от возраста и группы здоровья.

2. Силь воспитания по типу доминирующей гиперпротекции может выступать фактором нарушения аффективно-когнитивных взаимосвязей в системе репрезентации тела.

Задачи исследования:

1. Провести теоретический анализ подходов, раскрывающих понятие репрезентации тела.

2. Раскрыть особенности психосоматического развития и различных вариантов его нарушения.

3. Провести анализ имеющихся экспериментально-психологических исследований аффективных и когнитивных звеньев в структуре репрезентации тела в онтогенезе.

4. Рассмотреть специфику детско-родительских отношений в ситуации соматической, неврологической и психической патологии у детей.

5. Провести клиническое описание различных групп здоровья.

6. Разработать схему диагностического исследования особенностей аффективных и когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела у детей и подростков с различными группами здоровья, включая модификацию ряда экспериментальных процедур.

7. Провести сравнительный анализ аффективных и когнитивных компонентов и их взаимосвязей в структуре репрезентации тела у детей и подростков с различными группами здоровья.

8. Выявить особенности возрастной динамики аффективных и когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела на моделях различных групп здоровья.

9. Исследовать детско-родительские отношения в семьях детей, имеющих различные группы здоровья.

Теоретико-методологической основой диссертационного исследования является отечественная концепция исследований, разрабатываемая в рамках культурно-исторического подхода, обосновывающая положения о единстве аффекта и интеллекта (Л.С. Выготский); теория деятельности (А.Н. Леонтьев); положения психологии телесности, раскрывающие структуру и содержание телесного опыта и механизмы его функционирования (Г.А. Арина, В.П. Зинченко, Т.С. Леви, В.В. Николаева, Г.А. Арина, А.Ш. Тхостов, Ю.В. Чебакова); концепция о закономерностях нормального и аномального развития (В.В. Лебединский); психоаналитическая теория объектных отношений (З. Фрейд, J. Bowlby, M. Mahler, F. Pine, A. Bergman, M. Schur, D.W. Winnicott); положения когнитивного подхода (А.Р. Коршунова, Т.А. Ребеко, Е.Т. Соколова, T.L. Griffiths, M. Steyvers; M. Steyvers, J.B. Tenenbaum, E. Tulving); концепция субъектности (К.А. Абульханова, Б.Г. Ананьев, А.В. Брушлинский, Б.Ф. Ломов, Т.А. Ребеко, С.Л. Рубинштейн, Е.А. Сергиенко).

Методы исследования:

1. Клинико-психологическая беседа.
2. *Исследование аффективных компонентов репрезентации тела*
 - 2.1. Восьмицветовой тест М. Люшера (М. Люшер).
 - 2.2. Проективная методика «Волшебная страна чувств» Т.Д. Зинкевич-Евстигнеевой (Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, Д.Б. Кудзилов) в модификации Д.А. Комолова и Ю.В. Чебаковой (Д.А. Комолов, Ю.В. Чебакова).
3. *Исследование когнитивных компонентов репрезентации тела*
 - 3.1. Методика «Классификация дескрипторов соматических ощущений» (КДСО) Г.А. Ариной, О.Г. Мотовилина (О.Г. Мотовилин)
 - 3.2. Методика телесных промеров М. Фельденкрайза в модификации И.А. Соловьевой, (И.А. Соловьева, Т.Ю. Колошина).
4. *Исследование сферы детско-родительских отношений*

4.1. Опросник «Анализ семейного воспитания». Разработана Э.Г. Эйдемиллером и В.В. Юстицким (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий).

Для анализа результатов проведенного исследования использовались следующие непараметрические статистические критерии:

- 1) U-критерий Манна–Уитни для порядковых шкал;
- 2) коэффициент ранговой корреляции Спирмена;
- 3) критерий Уилкоксона для связанных выборок;
- 4) критерий хи-квадрат Пирсона для оценки значимости частот.

Характеристика выборки. В исследовании приняли участие 120 человек в возрасте от 7 до 12 лет, имеющие первую, вторую и третью группы здоровья (ГЗ-1, ГЗ-2, ГЗ-3). Первая группа респондентов представлена детьми 7–8 лет (60 человек, по 20 человек каждой группы здоровья). Вторая группа респондентов представлена подростками 11–12 лет (60 человек, по 20 человек каждой группы здоровья). Также в исследовании приняли участие родители детей 7–8 лет (60 человек) в возрасте от 27 до 40 лет.

Эмпирическая база исследования. Исследование проводилось на базе Государственного образовательного учреждения средней общеобразовательной школы № 1902 г. Москвы, района «Марьино», Государственного образовательного учреждения средней общеобразовательной школы № 290 г. Москвы, района «Медведково», а также на базе Государственного образовательного учреждения средней общеобразовательной школы № 659 г. Москвы, района «Кунцево».

Достоверность и надежность результатов и положений, выносимых на защиту, обеспечены теоретическим обоснованием проблемы, репрезентативностью выборки респондентов, принявших участие в исследовании, применением научно обоснованных методов психологического исследования, адекватных целям и задачам исследования, комплексным подходом в подборе методов и методик исследования, обработкой полученных данных с использованием методов математической статистики. Для статистического анализа был использован пакет Statistica 6.

Научная новизна:

– В настоящей работе впервые понятие «репрезентация тела» используется применительно к психосоматическому развитию и рассматривается как сложная динамическая система, состоящая из аффективных и когнитивных компонентов.

– Впервые проводится исследование возрастной динамики аффективных и когнитивных компонентов репрезентации тела на моделях различных групп здоровья с помощью метода «поперечных» срезов.

– Впервые исследование репрезентации тела у лиц с различными группами здоровья проводится с применением проективных и психосемантических методик.

– В настоящем исследовании впервые эмпирически представлены дисгармоничный и задержанный варианты психосоматического дизонтогенеза, описаны механизмы искажения, регресса и задержки в формировании репрезентации тела.

– Впервые паттерны стилей родительского воспитания в семьях детей исследуются как фактор нарушения аффективно-когнитивных взаимосвязей в системе репрезентации тела.

Теоретическая значимость:

– В настоящей работе методологически разработан и эмпирически операционализирован конструкт репрезентации тела в контексте психосоматической проблемы.

– Эмпирически реконструируется и теоретически обосновывается формирование аффективных и когнитивных компонентов репрезентации тела и их взаимосвязей, что вносит вклад в понимание проблемы взаимодействия аффекта и интеллекта

– В настоящем исследовании при помощи анализа компонентов репрезентации тела раскрываются механизмы психосоматического онтогенеза и дизонтогенеза, что вносит вклад в развитие проблемы нормы и патологии с позиций психосоматики.

Практическая значимость исследования связана со сравнительным анализом аффективных и когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела у детей и подростков с различными группами здоровья, а также изучением возрастной динамики как в ходе нормального психосоматического развития, так и при дизонтогенезе телесности. Предложенный психодиагностический комплекс, в том числе, авторская модификация методики «Волшебная страна чувств», позволяет проводить не только качественный, но и количественный анализ данных, полученных в ходе исследования репрезентации тела детей и подростков. Настоящая диссертационная работа вносит вклад в понимание психологических особенностей детей и подростков, имеющих различные группы здоровья. Результаты исследования позволяют выделить мишени психологического воздействия и разработать индивидуальный подход в рамках коррекционного обучения детей и подростков с различными группами здоровья.

Также данные, полученные в ходе исследования, могут быть использованы в практической работе психологов, врачей-педиатров и психиатров, направленной на предупреждение отклонений в психосоматическом развитии, что в дальнейшем может способствовать возникновению программ лечения заболеваний с учетом не только соматических, но и психологических факторов.

Представленные в работе данные могут быть использованы в учебном процессе при изучении таких дисциплин как: «Введение в клиническую психологию», «Психосоматика», «Специальная психология и коррекционно-развивающие обучение», «Нарушения психического развития в детском возрасте», «Методы диагностики аномалий развития в детском возрасте».

Положения, выносимые на защиту:

1. Методологически разработан научный теоретический конструкт репрезентации тела как феномена его психического отражения, имеющего сложную, динамическую, иерархическую структуру и включающего аффективные и когнитивные компоненты, а также систему их взаимосвязей.

2. Показаны возможности использования конструкта репрезентации тела для анализа психосоматического онтогенеза и дизонтогенеза;

операционализованы различные компоненты в ее структуре: аффективные (телесная репрезентация потребностей, эмоциональная нагруженность тела и его частей, эмоциональное отношение к телу); когнитивные (невербальный – точность когнитивной оценки параметров тела; вербально опосредованные – параметры семантической категориальной структуры телесного опыта). Эмпирически обнаружено, что каждый компонент имеет свою логику формирования в зависимости от возраста и группы здоровья.

3. Выявлены особенности аффективных и когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела у детей и подростков с различными группами здоровья, а также их возрастная динамика: в первой группе здоровья у детей преобладают аффективные компоненты, в подростковом возрасте формируется система аффективно-когнитивных взаимосвязей при ведущей роли когнитивных звеньев; во второй группе здоровья система аффективно-когнитивных взаимосвязей дезинтегрирована при ригидности невербального когнитивного звена репрезентации тела и дисфункции (повышенной негативной нагрузке) ее аффективных компонентов; в третьей группе здоровья преобладают аффективные компоненты при задержке формирования когнитивных звеньев.

Апробация результатов исследования. Результаты исследования доложены на XII Международной (XXI Всероссийской) Пироговской научной медицинской конференции студентов и молодых ученых (Москва, 16 марта 2017 г.). На международной научной конференции «Культурно-исторический подход: от Л.С. Выготского – к XXI веку» (Москва, 14–16 ноября 2017 г.). Результаты исследования представлены на Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Методологические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии (к 90-летию Ю.Ф. Полякова)» (Москва, 15–16 марта 2018 г.)

Публикации. По материалам диссертационного исследования опубликовано 15 работ, в том числе 5 статей, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы

основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, в том числе Web of Science.

Структура и объем работы. Диссертационная работа изложена на 189 страницах машинописного текста; состоит из введения, 2 глав, заключения, списка литературы (241 источник, из них 48 на английском языке), 5 приложений. Работа иллюстрирована 9 рисунками и 17 таблицами.

ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ИЗУЧЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ АФФЕКТИВНЫХ И КОГНИТИВНЫХ КОМПОНЕНТОВ В СТРУКТУРЕ РЕПРЕЗЕНТАЦИИ ТЕЛА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ГРУППАМИ ЗДОРОВЬЯ

Построение целостной, системной, непротиворечивой картины знаний о психической реальности человека, позволяющей понимать человеческое бытие во всем его многообразии, включая систему поступков, специфику его взаимодействия, и, в целом, отношения к миру – одна из основных фундаментальных задач психологии.

Решение вопросов психического непосредственно связано, с одной стороны, с пониманием содержания и структуры отдельных его феноменов, с другой – с рассмотрением специфики развития этих феноменов, а также нормы и патологии их функционирования. Один из аспектов изучения психической реальности субъекта связан с интеграцией и определением места и роли непосредственно субъективного и объективного компонентов его существования, реализующимися как в непосредственно данном реальном предметном, так и телесном мире. Решение вопроса дихотомии психики и тела в современной психологии связано с выделением отдельной категории анализа, представленной понятием телесности, интегрирующей в себя различные психосоматические феномены и конструкты отражения собственного тела. Среди описательных моделей используют такие понятия как «образ тела», «схема тела», «концепция тела», «представление о теле» и др. Данные модели, применяемые исследователями, призваны определить составляющие телесного опыта, процессы постижения и рефлексии телесных переживаний, психической активности, связанной с подобным «телесным экспериментированием», особенности овладения телом и телесными навыками (Н.А. Коваленко, 1998).

Спецификой отражения телесного опыта в сознании индивида занимались различные авторы. В многочисленных научных исследованиях раскрывается структура и содержание телесного опыта, а также механизмы его

функционирования (Г.А. Арина, 1991; В.П. Зинченко, Т.С. Леви, 2006; В.В. Николаева, Г.А. Арина, 1996; А.Ш. Тхостов, 2002; Ю.В. Чебакова, 2006), вводится понятие «границ телесности» и их содержательная специфика (Д.А. Бескова, 2006; S. Fisher, S.E. Cleveland, 1958), факторы, опосредующие формирование специфики отражения телесного опыта в сознании индивида (В.Ю. Баскаков, 1991; В.А. Подорога, 1995; Э. Эриксон, 1996), отмечаются онтогенетические и актуалгенетические особенности в норме, а также при различной – соматической, психосоматической, психической патологиях (Г. Аммон, 2000; В.В. Николаева, Г.А. Арина, В.М. Леонова, 2012; А.Ш. Тхостов, Е.И. Рассказова, 2011; R. Abramowitz, A. Peterson, J. Schulenberg, 1984; G. Rosenblum, M. Lewis, 1999; L. Wichstrom, 1999). При этом сущность и природа психосоматических взаимоотношений считается наиболее сложной и нерешенной проблемой медицины и философии (П.Д. Тищенко, 1991; В.Д. Тополянский, М.В. Струковская, 1986), а вопрос о связи психического развития и его нарушений с переживанием тела, по мнению некоторых авторов, представляет собой центральную проблему психосоматического исследования (Г. Аммон, 2000).

Безусловно, представленный в данной работе теоретический обзор не претендует на решение всех имеющихся вопросов и проблем, существующих в рамках психосоматики и психологии телесности, основной его задачей является установление возможности рассмотрения формирования системы репрезентации тела – сложного феномена психического отражения тела – как поэтапного становления аффективных и когнитивных компонентов в ее структуре.

Для определения методологической базы исследования, а также обоснования выбранной методической программы эмпирического изучения динамики аффективных и когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела у детей и подростков с различными группами здоровья, вначале обратимся к теоретическому анализу представленных по теме настоящего исследования научных данных. В первой главе дадим краткий обзор основных теорий, связанных с анализом специфики онтогенеза телесности в отечественной и

зарубежной литературе: проанализируем понятие «психической репрезентации», выделим основные онтогенетические механизмы формирования телесности как в норме, так и при патологическом развитии, опишем имеющиеся эмпирические данные по проблеме изучения репрезентации тела у детей. Во второй главе рассмотрим эмпирические исследования специфики детско-родительских отношений в ситуации соматической, неврологической и психической патологии у детей и подростков. И, наконец, в третьей главе представим клинические особенности выбранных экспериментальных групп.

1.1 Понятие и основные закономерности онтогенеза аффективных и когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела

В психологической литературе телесное или физическое «Я» как правило, рассматривается как одна из составляющих «Я-концепции», самооценки и идентичности (Г. Аммон, 2000; Р. Бернс, 1986; И.С. Кош, 1981; В.В. Столин, 1983; М. Mahler, 1968). Телесный опыт, интериоризированный в сознании индивида, является составляющей картины мира, опосредующей восприятие и специфику поведения в социальной реальности, а также, в целом, особенности личностного функционирования и развития. Тело представляет собой специфический канал «материализации» структуры личности и ее проблем, средство для самопознания и развития эзотерического сознания (В.Ю. Баскаков, 1991).

Возможность системного анализа представленности телесных феноменов в сознании субъекта открывается при обращении к теориям психического отражения, позволяющим рассматривать конструкт репрезентации тела (Т.А. Ребеко, 2012) как составляющей общей структуры и процесса ментальной репрезентации мира (В.А. Лекторский, 1980; В.И. Панов, 2004; В.Ф. Петренко, 2005; М.А. Холодная, 1983). Прежде чем перейти к обсуждению особенностей динамики аффективных и когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела, обратимся к определению понятия «психическая репрезентация», ее функциональных и структурных свойств.

1.1.1 Общее представление о психической репрезентации

В психологической литературе, как правило, выделяют два аспекта рассмотрения «психической (или ментальной) репрезентации». Первый связан с ее отождествлением с понятием «отражения» той или иной стороны действительности во внутреннем, интрапсихическом пространстве (А.М. Collins, М.Р. Quillian, 1969; М.В. Eysenck, М.Т. Keane, 2010; А. Paivio, 1986). Данная категория определения позволяет говорить о психической репрезентации как о продукте и результате процесса познания, что в самом широком смысле может быть соотнесено с понятием «образ», «информационная основа деятельности», «субъективный опыт» или «категориальная структура сознания» (А.Э. Цымбалюк, 2010). Второй аспект понимания психической репрезентации взаимосвязан с определением ее как способа, формата психического отражения (Когнитивная психология: учебник для студ. высш. учеб. заведений, 2002; Ж.Ф. Ришар, 1998; J. Engelkamp, M. Denis, 1989; М.В. Eysenck, М.Т. Keane, 2010). На сегодняшний день существует ряд моделей репрезентации (например, признаковые (Т.А. Ребеко, 1998)), сетевые (Р. Клацки, 1978), коннекционистские (А. Дисмор, 1996; L.W. Barsalou, 1992), множественные (М.В. Eysenck, М.Т. Keane, 2010; R. Jackendoff, 1983) как формата психического отражения. По сути, ментальные репрезентации являются и результатом – конечным продуктом работы когнитивных структур, – но также и сами представляют собой процесс, способ отражения действительности и его организации.

Традиционно понятие «ментальной репрезентации» разрабатывалось в рамках когнитивного подхода с точки зрения исследования ее структуры и взаимосвязи с познавательными процессами, и в психоаналитических теориях, рассматривающих соотношение репрезентаций со сферой чувств, желаний, фантазий и влечений, а также опытом взаимодействия со значимыми Другими, закономерностями развития собственного Я (А.Р. Коршунова, 2005).

В рамках когнитивного направления постулируется влияние знаний и субъективного опыта, хранящихся в памяти, на сам процесс когнитивной

переработки. Выделение различных форм памяти, взаимосвязанной с разными структурами опыта (T.L. Griffiths, M. Steyvers, 2007; M. Steyvers, J.V. Tenenbaum, 2005; E. Tulving, 1983) позволяет констатировать определенную полиморфность между непосредственной стимуляцией и объективным миром и содержанием и параметрами субъективного образа. Воспринимаемые перцептивные стимулы в процессе обработки проходят процесс своего рода «априорного означивания» (А.Р. Коршунова, 2005) исходя из имеющейся «предвосхищающей» схемы, позволяющей обрабатывать информацию тем или иным способом. Воспринятые (первичные, перцептивный репрезентации) и обработанные данные при этом встраиваются в массивные комплексы опыта (схемы, семантические сети, домены, фреймы), совокупность которых презентуется в сложной иерархически организованной концептуальной системе или модели (картине) мира (В.Ф. Петренко, 2005; М.А. Холодная, 1983). В зависимости от той или иной теоретической концепции предполагается, что переработка разной информации кодируется либо с помощью единых ментальных единиц, либо с помощью использования отличных друг от друга форматов ментальной репрезентации, что и объясняет вариативность когнитивной системы (А. Paivio, 1986).

В психологической литературе помимо термина «репрезентация», используется также понятие «символизации», которое в ряде случаев не только противопоставляется ему (Э. Бейтс, 1984), но и отождествляется с ним (А.Р. Коршунова, 2005; Ж. Пиаже, 1969). Понятие «субъективированной репрезентации» используется для описания специфики отражения «индивидуализированной» реальности, т.е. действительности, преломленной через потребности, переживания, психологические защиты, мотивационные процессы и социальную направленность личности (Т.А. Ребеко, 1998).

Исследования репрезентации как «одной из форм организации ментального опыта» (Т.А. Ребеко, 1998, с. 42), заключающегося в специфике процесса восприятия, интерпретации, понимания происходящего субъектом связано с изучением семантических структур, организующих данный опыт, а также

образным содержанием данных репрезентаций (А. Раivio, 1986). Дж. Брунер, рассматривая различные механизмы переработки и кодирования информации как способы формирования репрезентации, отмечал, что их построение может происходить через действие, образ и слово (Дж. С. Брунер, 1977).

С точки зрения символических и коннекционистских (J.L. McClelland, D.E. Rumelhart, 1986) теорий ментальные репрезентации рассматриваются как статичные образования, однако, с появлением динамического подхода стала признаваться изменчивость ее структурных образований во времени (К. Nelson, 1986), наличие определенных изменений в координации средовых стимулов и организма, а также функций мозга (Н. Смит, 2003).

Исходя из специфики функционирования ментальных репрезентаций также отличают постоянные (связанные с относительно стабильной системой знаний в долговременной памяти) и временные ее формы (ситуационные, вариативные знания, формирующиеся в зависимости от специфики деятельности, ее целей и условий).

Таким образом, понятие психической репрезентации тесно связано с познавательной деятельностью субъекта, представленной возможностью конструировать, модифицировать и моделировать реальность при помощи внутренних психических структур (эталонов, схем, концептов и др.), в которых закреплены устойчивые и стабильные характеристики и отношения объективной реальности и предметного мира (Дж. Андерсон, 2002; О.Е. Баксанский, Е.Н. Кучер, 2002; Т.А. Ребеко, 2003). При этом ментальная репрезентация определяется уровневой структурой (Б.Ф. Ломов, 2003; Н.И. Чуприкова, 1999, 1997); трансформируется в зависимости от целей деятельности (Ж.Ф. Ришар, 1998); включена как элемент в образ мира (А.Н. Леонтьев, 1977; С.Д. Смирнов, 1983, 1985), зависит от предшествующего опыта и знаний и выполняет функции, ведущие из которых связаны с регулированием и прогнозом (Е.Ю. Артемьева, 1999; Л.М. Веккер, 2000; У. Найссер, 1981). В качестве основных свойств ментальных структур как моделей психического отражения выделяют их избирательность, репрезентативность, интегрированность или

обобщенность, иерархичность, активность и развитие (Е.В. Волкова, 2011). Хотя в рамках современных (в том числе, когнитивных моделей) также ставился вопрос о специфике и роли аффективных процессов, в частности, исследовалась структура и развитие знаний об эмоциях в ходе онтогенеза (О.А. Прусакова, О.А. Сергиенко, 2002), эмоциональное содержание ментальных образов (А.А. Гостев, 2007); репрезентация эмоций на различных уровнях сознания (Л.Я. Дорфман, 1997), наиболее широкая представленность исследований аффективных процессов и влияния мотивационно-потребностной сферы на репрезентативные системы реализована в рамках психоаналитических теорий (А.Р. Коршунова, 2005).

В классических психоаналитической традиции «репрезентатор» рассматривается как представитель соматических процессов в психике (Ж. Лапланш, Ж.-Б. Понталис, 1996). З. Фрейд определял и некоторую стадийность в развитии репрезентаций. Первоначально формируется кинестетическая репрезентация, относящаяся к эмоционально-чувственной сфере. Однако подчеркивалось, что данный вариант ее функционирования обязательно должен пересекаться, «взаимодействовать» с другими репрезентативными системами – зрительной, а затем и с вербальной (чтобы «описать это событие», «выразить аффект словами»), что позволяет вербализовать пережитое, «вынести его на свет» (З. Фрейд, Брейер Й., 2005, с. 117).

Н. Hartmann (Н. Hartmann, 1964) и Е. Jacobson (Е. Jacobson, 1964) ввели понятие «репрезентации Я» (self-representation) в тезаурус психоаналитических теорий. Е. Jacobson отмечала наличие в репрезентациях «Я» и объектов аффективных компонентов, на начальных этапах развития слитых с переживанием удовольствия и неудовлетворенности. При этом процесс развития Я-репрезентаций связывался с постепенным «наращиванием» константности, интегрированности и целостности аффективно-окрашенных ее компонентов (Е. Jacobson, 1964), центральная роль в этом процессе при этом принадлежит идентификации (М. Mahler, F. Pine, A. Bergman, 2000; J.B. McDevitt, M. Mahler, 1980). В. Тэхкэ определил, что интернализация возникает для защиты и

сохранения обретенного понятия Я-репрезентации, которое после дифференциации представлений о собственном Я и объекте все еще зависит от переживания этих сущностей в качестве чистых формаций удовольствия (Тэхкэ В., 2001). Приобретаемый опыт формирует основу для использования субъективных ощущений себя и других и служит фильтром для интерпретации новых событий (E. Jacobson, 1964).

E. Jacobson (E. Jacobson, 1964) и R. Schafer (R. Schafer 1968) разграничили понятие самости как целостной личности в целом, и Я-репрезентацией как компонента структуры Эго, содержащей бессознательные и сознательные идеи телесного и психического Я.

M. Mahler с соавторами предположили, что психические репрезентации являются базовым условием для психического развития индивида (M. Mahler, F. Pine, A. Bergman, 2000). В свою очередь способность к определенной константности и целостности Я-репрезентаций сопровождает развитие либидного постоянства объектов, таким образом, сказываясь на специфике и особенностях взаимодействия с другими (Ф. Тайсон, Р.Л. Тайсон, 2013).

O.F. Kernberg и другие исследователи считают, что любые интрапсихические образования и репрезентации аффективно окрашены фантазиями или производными влечений. Запечатленные в памяти, активизированные во время восприятия взаимодействий самости и объекта производные влечений, становятся детерминантами аффективных и мотивационных аспектов самих процессов интернализации (O.F. Kernberg, 1976, 1984; R. Schafer, 1968).

Таким образом, в когнитивной традиции исследования психических репрезентаций важным аспектом анализа выступает специфика их структуры и организации, а также взаимосвязь с познавательными процессами, роль означивания при их формировании, в то время, как значимость аффективных и бессознательных процессов в содержании и формировании ментальных репрезентаций особо подчеркивается в психоаналитических моделях.

Обобщенный взгляд на понимание психической репрезентации как системного аффективно-когнитивного образования, отличающегося различными уровнями символического опосредования, когнитивной сложности, эмоциональной пристрастности и связанного с отражением реальности в интрапсихическом плане, содержится и в современных работах по исследованию идентичности (Е.Т. Соколова, Н.С. Бурлакова, Ф. Лэонтиу, 2001), самооценки, межличностных отношений, стилей репрезентаций «Я-Другой» (Л.Я. Дорфман, 2002; С.В. Ильина, 2000; И.М. Кадыров, 1990; А.Р. Коршунова, 2005; Е.Т. Соколова, 1989; Е.Т. Соколова, Ю.А. Сотникова, 2006; Томэ Х., Кэхеле Х., 1996; Е.П. Чечельницкая, 1999; S.J. Blatt, J.S. Auerbach, K.N. Levy, 1997). На различных моделях патологии было показано, что низкая дифференцированность и интегрированность когнитивно-аффективных компонентов самосознания, а также специфика механизмов их искажения связаны с нестабильностью отношения к себе, и могут рассматриваться как predispositional факторы (предикторы) развития личностных и поведенческих расстройств (А.Н. Дорожевец, 1986; А.Н. Дорожевец, Е.Т. Соколова, 1991; И.М. Кадыров, 1990; Ф. Лэонтиу, 1999; Е.Т. Соколова, Е.О. Федотова, 1986; Е.Т. Соколова, И.Г. Чеснова, 1986; Е.Т. Соколова, В.В. Николаева, 1995; А.Б. Яковлева, 1984).

Понятие «психической репрезентации» в современных психологических исследованиях также экстраполируются на отдельные аспекты психической деятельности индивида. Так, исследуются психические репрезентации эмоций (В.В. Подпругина, 2003), репрезентации времени и пространства (М.Н. Семенова, 2008), пространственно-предметной среды (Ю.Г. Панюкова, 2004), цвета (О.В. Сафуанова, 1994), психологических терминов (И.В. Калинкина, 2007; О.И. Кильченко, 2003), ситуации создания семьи (Цымбалюк А.Э; Ю.П. Поваренков, 2009), риска и безопасности (Н.Г. Янова, В.М. Климашин, 2010), репрезентации телесности (В.В. Горячев, 2012) и тела (Т.А. Ребеко, 2012).

Таким образом, понятие психической репрезентации того или иного аспекта психической деятельности индивида широко распространено в психологической литературе, что, вероятно, прежде всего, связано с возможностью рассмотрения

через конструкты психических репрезентаций целостных, интегративных структур во внутриспсихическом плане. Так, Е.А. Сергиенко рассматривает понятие «репрезентация» как одно из ведущих понятий в современной психологии и определяет его как интрапсихические образования, формирующиеся в процессе жизни человека, в которых представлена сложившаяся в данный момент картина мира, социальных контактов и межличностных отношений, а также образ себя (Е.А. Сергиенко, 2003).

На наш взгляд, теоретический конструкт «психическая репрезентация» применим к исследованию особенностей отражения тела. Более того, в современной литературе присутствует указание на использование аналогичной терминологии – «репрезентации тела» как результата психического отражения телесного опыта в процессе формирования субъектности (Т.А. Ребеко, 2012). Введение понятия репрезентации тела как сложной аффективно-когнитивной системы позволяет анализировать механизмы организации, функционирования и онтогенеза специфики отражения телесной реальности в интрапсихическом пространстве, полимодальный чувственный образ тела в целом (В.В. Горячев, 2012), что интегрирует аффективные и когнитивные компоненты репрезентации тела в единую структуру, презентующую этапность психосоматического развития. Экстраполируя взгляды когнитивных психологов и психоаналитиков на понятие аффективно-когнитивной репрезентации тела можно предположить, что данная структура претерпевает качественные изменения в процессе онтогенеза личности, опираясь вначале на непосредственно данные перцептивные и аффективно-окрашенные ощущения, трансформируется через процессы идентификации в интегрированные, целостные образования (Е. Jacobson, 1964; М. Mahler, F. Pine, A. Bergman, 2000; J.B. McDevitt, М. Mahler, 1980). Подобное развитие при этом тесно связано со становлением познавательных процессов, особенностями категоризации и символизации, развитием умений вербализировать имеющееся содержание репрезентативных структур. При этом, психическая репрезентация тела тесно связана с предшествующим опытом и особенностями ее содержания и функционирования

вливают на специфику регуляции телесных феноменов (Е.Ю. Артемьева, 1999; Л.М. Веккер, 2000; У. Найссер, 1981).

Однако в имеющейся научной литературе данных о специфике становления аффективных и когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела не представлено. Стоит отметить при этом, что в психологических исследованиях применяются различные понятия, определяющие специфику психического отражения индивидом своего тела, и в зависимости от теоретико-методологической ориентации исследователей даже в рамках определения одного понятия встречаются разногласия и акцентирование внимания на его различных аспектах.

1.1.2 Представление о специфике и конструктах психического отражения тела

Как отмечалось выше, в зависимости от теоретико-методологической ориентации исследователей для описания психического отражения тела используются различные модели. Рассмотрим некоторые из них.

Согласно В.В. Столину человек представляет собой три целостных системы (он существует как организм, индивид, включенный в структуру социальных отношений и личность) в соответствии с которыми можно выделить несколько уровней рассмотрения психического отражения телесного опыта. Первый уровень представлен «схемой тела» («Я-образ» организма), интерпретирующей сведения о функциях организма в самосознании, в частности, проприорецепции и кинестезии, и реализующей потребность в самосохранении, функционировании, а также физическом благополучии и самочувствии. Роль схемы тела определена не только в отражении актуального пространственного положения организма, но и в формировании эталона для сличения текущей информации с тем, что должно быть с целью облегчения организации движений (Б.М. Величковский, В.П. Зинченко, А.Р. Лурия, 1978; В.В. Столин, Л.Н. Друцкая, 1977). В «схеме тела» пока не разделены дифференцирующая и присоединяющая составляющие

(В.В. Столин, 1983). Планомерная идентификация с родителями, и в дальнейшем, приобретение социальных эталонов, а также сравнение себя с идеальными образами связан с формированием дифференцирующей образующей «Я-образа» (по аналогии (здесь и далее курсив Д.А. Комолова): «образа тела»; А.Г. Черкашина, 2004). В данной структуре самооценка физического Я преломляется через отношение окружающих, что презентует социальный уровень самосознания. Третий уровень психического отражения телесного опыта связан с понятием «концепция тела», содержательной единицей которого выступает конфликтный смысл «Я». Данный феномен отражает ценность тела, служит регуляторным компонентом поведения, связанного с мотивационными процессами поведенческих особенностей, направленных на сохранение здоровья (В.В. Столин, 1983).

Д.А. Леонтьев выделяет телесное, или физическое Я как аспект переживания человеком своей личности, как единое образование различных процессов и функций телесности, связанное с переживанием и собственного тела как воплощения Я и образа тела, а также переживанием тех или иных физических дефектов, сознанием здоровья или болезни (Д.А. Леонтьев, 1993).

Р. Federn разграничивает психическое и соматическое чувство Я, определяя последнее как комплексное восприятие всех сенсорных и моторных возбуждений, содержащее единое глобальное ощущение загрузки сенсомоторного аппарата инстинктивными импульсами, что, однако, не идентично схеме тела, представленному упорядоченным комплексом восприятия тела. Соматическое чувство Я при этом может быть как частью психического чувства Я, но может восприниматься и отдельно (Р. Federn, 1952).

В качестве конструкторов психического отражения тела применяют также такие понятия как «образ тела», «схема тела», «опыт тела» и др. Однако, даже в рамках употребления одного и того же термина как интрапсихического образования психического отражения индивидом своего тела встречается ряд разногласий при его трактовке. Например, широко распространенный конструкт «образ тела» в рамках психосоматических исследований некоторыми авторами

редуцируется до специфического комплекса, основанного на проприоцептивных представлениях, таким образом, отождествляется с понятием «схемы тела» (Н. Head, 1920), в других – «образ тела» рассматривается как специфичное образование (или «концепция тела»), основанное на когнитивных конструкциях и представлениях. Например, Дж. Чаплин определяет образ тела как представления индивида о специфике восприятия его тела другими, что синонимично термину «концепции тела» (Приводится по: Е.Т. Соколова, 1989, с. 10–22). По мнению Д. Беннета, «концепция тела» и «восприятие тела» являются различными аспектами образа тела (Приводится по: Е.Т. Соколова, 1989, с. 10–22). В других исследованиях выделяются такие составляющие образа тела как: восприятие, аффективный, когнитивный, оценочный и реализующий/поведенческий компоненты (J. Muth, T. Cash, 1997; J.K. Thompson, L. Heinberg, M. Altabe, S. Tantleff–Dunn, 1999). Расширенное представление о данном конструкте представлено и в работах Th. Pruzinsky, который определил образ тела как субъективный опыт, отражающий переменные внешнего облика и чувства самости, соматическую чувствительность к телесным ощущениям, устойчивость и гибкость образа тела, а также множество личностно-смысловых факторов, в том числе, гендерную идентичность, эмоциональный опыт, удовлетворенность жизнью (Th. Pruzinsky, 2004).

Е.Т. Соколова, при рассмотрении образа физического Я предлагает выделять два взаимосвязанных и взаимовлияющих друг на друга компонента – образа физического Я как когнитивного конструкта и эмоционально-ценностного отношения как аффективного образования (самооценка) (Е.Т. Соколова, 1989).

Стоит отметить при этом, что разногласия касаются не только структуры образа тела, но и его содержательного определения. Г.М. Андреева с соавторами определяют его как динамический образ сознания, трансформирующийся в зависимости от чувств и переживаний субъекта, так называемый «чувственный метальный эквивалент» телесных ощущений в сознании объекта (Г.М. Андреева, Н.Н. Богомолова, Л.А. Петровская, 2001).

D. Bernstein определяет образ тела как процесс осознания его функций, включая либидинозный компонент в теле и управление его функциями и мнениями других относительно своего «Я», включая культуральные стандарты и нормы (Приводится по: Е.В. Буренкова, 2009).

Следует отметить работы В.В. Горячева, рассматривающего полимодальный образ тела как собирательную модель репрезентации тела. При этом, репрезентация тела, по данным автора, проявляет себя в трех содержательных аспектах: 1) как способ процессуального структурирования информационного содержания (отношение к телу); 2) как способ предметной организации информационного содержания (смысловая основа телесного образа); 3) как способ динамики информационного содержания, или перцептивный план, ориентирующий и регулирующий чувственное содержание образа, объединяющий различные элементы репрезентативного опыта в системно-структурное целое (В.В. Горячев, 2012).

Таким образом, «образ тела» не тождественен понятию «телесность», хотя однозначное разделение данных терминов невозможно, поскольку в ряде случаев содержательное значение «образа тела» приближено к концепту «телесности». Тем не менее, образ тела преимущественно связан со структурой интрапсихического опыта в большей степени, чем с особенностями телесного существования (Е.А. Самозванова, Л.О. Андропова, 2012).

О.В. Согласно Лавровой, образ тела представляет чувственную сторону сознания и бессознательного, некоторый ментальный эквивалент тела в сознании субъекта, в то время как концепт тела представляет собой сознательное ментальное образование, схема тела – некоторый физиологический сенсомоторный аспект отражения тела (О.В. Лаврова, 2006).

А.А. Налчаджяном вводится понятие образа тела (или телесного Я) через компоненты, функционирующие на сознательном и бессознательном уровнях, определяющих образ тела человека в его представлении. Среди таких компонентов им выделяются: 1) актуальное восприятие тела как набора определенных черт с особенностями функционирования; 2) интернализированные

образы аффективного опыта индивида; 3) социологические факторы особенностей отношений других к индивиду; 4) идеальный образ тела, связанный с установкой по отношению к телу (А.А. Налчаджян, 1988).

Таким образом, само рассмотрение понятия «образ тела» как одного из аспектов психического отражения тела представляет собой сложную теоретическую проблему. При этом в некоторых исследованиях «образ тела» редуцируется до специфической картины, представленной лишь сенсомоторными ощущениями или когнитивными образованиями, т.н. «концептами» тела, в иных случаях – трактуется широко, как феномен, сопоставимый с телесностью.

Помимо понятий «образ тела», «концепт тела», «схема тела» также употребляются такие конструкты как: «телесное бытие» понимаемое как совокупность тех или иных событий, протекающих или протекавших в теле субъекта; «телесное Я» как субъектное соматическое бытие, обладающее свойствами осознанности, активности, целенаправленности (О.В. Лаврова, 2006). В когнитивных исследованиях, согласно концепции Ж. Пиаже, для описания представленности телесных переживаний используется термин «опыт тела», включенный в когнитивную модель как сенсомоторная схема, фиксирующая факт взаимодействия ментальности и тела (Приводится по: Т.А. Ребеко, 2012).

Как признает ряд теоретиков в области исследования телесности (Е.Т. Соколова, 1989; Ю.А. Стребкова, 2008; E.W. Mathes, A. Kahn, 1975), проблема определения единого тезауруса при рассмотрении специфики психического отражения тела считается наиболее серьезной. Отсутствие единства представлений относительно понятий и содержательного их наполнения создает некоторую неоднозначность в границах изучения одной и той же феноменологии. Так, S. Fisher для разрешения противоречий предлагает термин «телесный опыт» для описания любой феноменологии, имеющей отношение к психологическим характеристикам отношений «индивид–тело»; при описании перцепции объективных параметров тела – «восприятие тела»; при анализе связи в рамках более широких психологических систем – «концепция тела»; при описании специфики распределения внимания к различным участкам тела автор предлагает

использовать термин «осознание тела» и «телесное Я» при анализе особенностей и проблем телесной идентичности личности (S. Fisher, 1970).

В традиции культурно-исторического подхода к эмпирическому изучению телесности как культурно и психического опосредованного тела используется конструкт «телесный опыт», психосемантическая структура которого широко изучена в рамках отечественных исследований в психосоматике (О.Г. Мотовилин, 2001; В.В. Николаева, Г.А. Арина, 1996, 2003; А.Ш. Тхостов, 1993, 2002; Ю.В. Чебакова, 2006). На наш взгляд, телесный опыт можно понимать как репрезентацию тела в динамическом взаимодействии человека с окружающим миром.

Понятие «репрезентация тела» присутствует в теоретико-методологической работе Т.А. Ребеко, в которой автор рассматривает телесный опыт как важнейшую детерминанту формирования субъектности. Т.А. Ребеко обосновывает категорию субъектности на уровне телесной организации, опираясь на два основных атрибута субъектности – рецептивность и интенциональность (Т.А. Ребеко, 2012). Рецептивность как способность получать представления благодаря воздействию объекта на субъекта отсылает к телесному опыту как важнейшей составляющей, задающей границы между внешним миром и содержанием внутренних (психических) феноменов. Интенциональность как параметр субъектности подчеркивает активный, направленный характер психического отражения, что на уровне телесной организации предполагает авторство и активность субъекта в конструировании телесных феноменов (в т.ч. способность к их саморегуляции).

Т.А. Ребеко рассматривает становление субъектности на уровне телесной организации как онтогенетический процесс дифференциации репрезентаций («Я», «не-Я», «Другой», «Мы»). По мнению автора, «тело (и его граница) репрезентирует две основные функции субъектности: защиту (адаптацию) и активность (ассимиляцию)» (Т.А. Ребеко, 2012, с. 259). При этом защита как контейнирующая функция связывается с понятием «материнское» (символизирует «бытие») и обеспечивает интеграцию, а активность – с понятием

«отцовское» (символизирует «делание») и предполагает, напротив, дезинтеграцию (Т.А. Ребеко, 2012). Вероятно, Т.А. Ребеко рассматривала описанные выше две функции субъектности как реализующие, с одной стороны, пассивную и активную стороны телесного опыта, с другой стороны, диалектическое единство противоположностей, предполагающее процесс формирования субъектности на уровне телесной организации.

Неоднозначность определения понятий для рассмотрения содержания психического отражения тела может затруднять вскрытие механизмов его становления в процессе онтогенеза. Анализ методологической литературы по проблеме изучения психических репрезентаций и содержания и структуры телесного опыта позволил выявить дуалистическую природу репрезентативных систем, связанную как с когнитивными, познавательными процессами, так и аффективными, мотивационно-потребностными феноменами, что позволяет говорить о репрезентации тела как комплексном системном феномене, интегрирующем аффективные и когнитивные звенья в единой структуре. Анализ различных моделей, применяемых для описания телесности и телесного опыта, позволяет также говорить о наличии в их содержательном определении тех или иных сторон репрезентации тела. Описанная выше феноменология отражает различные аспекты телесности – ее аффективные и когнитивные компоненты. Репрезентация тела, являясь системным образованием, опосредует специфику восприятия и осознания нового опыта. Применение к данной модели аналогии свойств психической репрезентации позволяет учитывать субъективность процесса психического отражения тела, подверженность внешним влияниям и аффективным состояниям. Репрезентация тела с этой точки зрения может рассматриваться как субъективное отражение телесных феноменов, индивидуализированный процесс восприятия, проходящий через призму интернализованных ранее аффективных и когнитивных комплексов. С другой стороны, аффективно-когнитивная репрезентация тела является целостным структурированным конгломератом телесного опыта, различные компоненты которого находятся в системном иерархическом единстве. Такой подход

позволяет учитывать наличие не только осознаваемых компонентов телесного Я, но и бессознательные, представленные непосредственными сенсомоторными и соматическими ощущениями, носящими символический характер и имеющими либидинозную природу.

Несмотря на имеющиеся разногласия в определении тех или иных моделей, пригодных для анализа телесных феноменов индивида, большинством исследователей признается, с одной стороны, значимость телесного опыта как основы для формирования и стабильного функционирования самосознания и идентичности, с другой – роль социально-культурных влияний, в том числе, ранних отношений матери и младенца в онтогенезе телесности (Г. Аммон, 2000; Бернс Р., 1986; Ф. Дольто, 2006; М.В. Колоскова, 1993; Т.А. Ребеко, 2012; М. Mahler, 1968), а также объективных факторов, в частности, ситуации болезни, изменяющей социальную ситуацию развития и становления телесности ребенка (В.В. Николаева, 1987).

Для определения специфики становления аффективных и когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела в онтогенезе обратимся к анализу научных данных, соответствующих исследованиям основных закономерностей психосоматического развития.

1.1.3 Особенности психосоматического развития и онтогенеза телесности

Основные закономерности и механизмы онтогенеза телесности представлены в психоаналитических исследованиях и культурно-историческом подходе.

В рамках теории психосексуального развития З. Фрейдом была обозначена значимость собственной активности ребенка в присвоении и овладении телесными процессами, при этом представления о собственном теле в данной концепции не обозначались как значимые корреляты развития соматической или психической сфер ребенка. По сути, характер и специфика отражения телесных функций у ребенка рассматривалось как побочное явление психосексуального

развития, опосредованного энергией либидо в соответствии с биологически заданной его детерминацией. Роль социального фактора также в данной концепции ограничена и связана преимущественно с обеспечением нормальных условий для психосексуального развития. С другой стороны, неадекватность отношения социального окружения (преимущественно родителей) признавалась как фактор, препятствующий нормативному становлению телесности, и причина фиксации ребенка на ранних стадиях психосексуального развития, что сопровождается определенными особенностями психического отражения и восприятия тела (З. Фрейд, 1998).

М. Schur на примере исследований кожных заболеваний выдвинул гипотезу, позволившую ввести психосоматические заболевания в контекст развития Я, и презентующую их как специфическую форму нарушений базисных функций Я. В этом аспекте основной функцией Я выступает нейтрализация либидинозной энергии, что связано с прогрессированием десоматизации поведения. Так, по мере взросления и созревания первично-процессуальное поведение, прямые соматические действия на ранних ступенях развития сменяются вторично-процессуальным, десоматизированным поисковым поведением, связанным с мышлением и сознательными, волевыми процессами (М. Schur, 1955).

В дальнейшем идея связи соматического и психического становления ребенка, связанного с ролью телесного функционирования на процессы становления Я и самости, а также роль социокультурных влияний на становление и функционирование телесной сферы ребенка получила широкое распространение и была более детально разработана теоретиками психоанализа, особенно теории объектных отношений. В рамках данного направления широко дискутировался вопрос о значении ранних отношений матери и ребенка на начальных этапах онтогенеза. В соответствии с представлениями исследователей искажения в структуре отношений ребенка и первичного окружения детерминируют нарушения развития самосознания, первичным этапом которых являются феномены неадекватной репрезентации собственного тела (G. Engel, 1980; G. Engel, H. Schmale, 1967; J. Greenberg, S. Mitchell, 1983). По сути, первичным

условием формирования целостного, непротиворечивого образа «Я» выступает необходимость «присвоения» телесного опыта, включения человеком собственного тела в этот образ, его внутреннего и внешнего (социального и культурного) содержания. Самосознание, в целом, возможно лишь при наличии системы осознанного восприятия элементов структуры образа телесного Я (М. Mahler, 1968). Ряд авторов также связывают наличие реального и/или воспринимаемого телесного дефекта (телесного образа Я) с особенностями поведения и структурой дальнейших социальных отношений (А. Адлер, 2011; М. Фельденкрайз, 2000). Телесное Я, развивается в симбиозе с заботящимся взрослым (матерью) (J. Bowlby, 1969; М. Mahler, 1968, D.W. Winnicott, 1965) и должно рассматриваться не только как психическое представительство соматических ощущений, но и «идентичность организма» (Г. Аммон, 2000). Данные теоретические воззрения подтверждаются и на эмпирическом уровне. В частности, в исследованиях М.Р. Levine, N. Piran выявлен феномен «недоверия к своему телу» (или «нарушенное воплощение») как основание искажения идентичности личности (М.Р. Levine, N. Piran N., 2004).

S. Fisher, S.E. Cleveland в исследовании отметили, что стабильный, предсказуемый характер отношений со значимыми взрослыми с его дальнейшей интернализацией определяет формирование устойчивого и стабильного самосознания, которое в первую очередь проявляется через чувство осознания собственных «границ» с внешним миром, барьеров, отграничивающих внутреннее и внешнее содержания, в том числе, связанного с наличием четких, устойчивых очертаний своего тела. В данном контексте дифференцированность образа тела от внешнего мира связаны со структурами самосознания, определяющимися качествами взаимодействия ребенка с внешним миром (S. Fisher, S.E. Cleveland, 1958).

С точки зрения Х. Кохута, развитие устойчивых интрапсихических структур (в том числе, телесной репрезентации) и становление их зрелости связано с процессом интернализации специфики отношений и особенностей взаимодействия со значимым объектом. При этом значимая роль в развитие

репрезентаций отводиться механизмам отзеркаливания и идеализации. Идеализируемый опыт взаимоотношений является необходимым фактором для формирования позитивного аффективно-окрашенного самопринятия и, в целом, интегрированной самости (Х. Кохут, 2002). Дефицит подобных отношений обуславливает формирование нарциссической патологии и использование различных механизмов компенсации, в том числе, регресс, отрицание, уподобление реальности и др. (Х. Хензелер, 1998).

В связи с наличием тесной связи в развитии образа собственного Я, самости с образом телесного Я, анализ специфики и механизмов отражения телесного опыта в онтогенезе невозможен без обращения к теориям, раскрывающим особенности становления самосознания.

А. Фрейд предложила выделять несколько линий развития телесной самостоятельности как части становления Я, связанных с: 1) переходом от грудного вскармливания к привычкам питания взрослых; 2) переходом к автоматизированным навыкам владения функциями выделения (линия развития опрятности); 3) от безответственности к ответственному отношению к собственному телу в процессе формирования самостоятельности и развития Эго. При этом развитие последней линии телесной самостоятельности связано с постепенной дедетерминизацией телесных потребностей (А. Фрейд, 2004).

J.D. Lichtenberg отмечает наличие четырех этапов становления самосознания. Первый связан с формированием «острова бытового опыта» и существует до самодифференциации. Второй определяется упорядоченностью групп представлений о собственном Я, т.е. на данном этапе разрозненные феномены опыта (в том числе, связанные с телесным функционированием) обобщаются в отдельные конгломераты. На третьем этапе телесные представления о собственном Я и грандиозное Я, до этого существовавшие отдельно, постепенно интегрируются, что знаменует четвертый этап развития, представленный упорядоченной структурой собственного Я и начало функционирования Эго (J.D. Lichtenberg, 1975).

Стоит отметить при этом, что помимо значимости телесного развития для формирования самосознания и поведенческих особенностей, ряд исследований в области нейропсихологии указывает на связь и взаимозависимость развития представлений образа телесного Я с формированием высших психических функций (Т.В. Виноградова, 1979; Н.К. Корсакова, Л.И. Москвичюте, 2007; Е.Д. Хомская, Н.Я. Батова, 1992; Е.Д. Хомская, 2002).

Ощущения тела, связанные с биологическим функционированием организма на ранних этапах онтогенеза, формируют пласт витального опыта самоидентификации. По мере приобретения опыта и становления мысленных способностей и впечатлений у ребенка появляется примитивное осознание границ собственного тела (S. Fisher, S.E. Cleveland, 1958). Развитие телесного Я ребенка связано с аспектом аффективно-значимых переживаний (ощущений удовольствия и неудовольствия) и в дальнейшем последовательно-дифференцированных эмоций, при этом аффективный пласт переживаний способствует изучению собственного тела и со временем – приобретением контроля над этими ощущениями (Ф. Тайсон, Р.Л. Тайсон, 2013).

Опыт материнской заботы, сопровождающийся позитивным эмоциональным окрасом и контейнированием негативных переживаний (У.Р. Бион, 2008) обуславливает переход от аутоэротизма к нарциссизму (З. Фрейд, 1998) и возрастанию целостности телесного опыта приобретаемого, в том числе, через осознание и принятие телесных особенностей (включая разницу полов, наличие женских или мужских гениталий) (Ф. Тайсон, Р.Л. Тайсон, 2013). Смещение либидинозного катексиса с отдельных частей тела к катексису самости образует целостный опыт в единой репрезентации Я – связанной структуры соматической и психической самости (Х. Кохут, 2002). Другим свойством, приобретаемым через позитивный опыт совместно разделенного телесного удовольствия с матерью, является обретение ценностного ядра телесной репрезентации. При этом важным аспектом формирования целостности и ценности телесного образа ребенка является его

нарциссическое катектирование через интериоризацию и идентификацию со зрелым телом родителя соответствующего пола (Ю.В. Чебакова, 2012).

Помимо вклада эмоционального опыта, еще одна линия развития телесности и физического образа Я связана с опытом постепенного отделения объекта.

М. Mahler было выделено три стадии этого процесса, представленных аутизмом, симбиозом и сепарацией-индивидуацией, внутри которой определены следующие этапы: дифференциация, практика, воссоединения и либидинозный объект- и Эго- константность (М. Mahler, 1968). Первичная матрица недифференцированных репрезентаций становится основой процессов дифференциации Я на следующих этапах развития (Р. Столоруоу, Б. Брандшафт, Д. Атвуд, 2000). Стадия сепарации-индивидуации знаменует собой начало осознания собственной независимости и активности, что приводит к появлению амбивалентных переживаний, связанных также с сохранением привязанности и любви материнской фигуры. При этом стабильная позиция матери, поддерживающая ребенка в сепарации и индивидуации при сохранении эмоциональной связи, способствует дифференцированию перцептивной, аффективной и когнитивной сфер опыта ребенка, установлению границ собственной активности ребенка и его Я (М. Mahler, 1968).

В соответствии с психоаналитической традицией исследования интернализированных психических образований, в целом, комплекс телесных репрезентаций Я может быть охарактеризован по: 1) уровню и степени дифференциации телесного Я; 2) специфике границ Я или уровню выделения Я от объекта; 3) доминирующей аффективной окраске в отношении Я (R. Stein, 2001). Кроме того, можно выделить параметры константности или стабильности телесного самоотношения и интегрированности телесного опыта (О.Г. Мотовилин, 2001; E. Jacobson, 1964). При этом актуальный образ телесного Я в силу особенностей становления сензитивен к воздействию негативного аффективного опыта прошлого и спаян с репрезентациями первичных объектов, в том числе, первичными, инфантильными образами материнской и отцовской

фигур (Е.Т. Соколова, 2009); значимым аспектом также выступают процессы сепарации и индивидуации, задающие границы активности собственного Я и телесных функций.

Таким образом, процессы трансформации телесного образа в процессе онтогенеза – переход от диффузных, разрозненных переживаний к интегративной целостной телесной репрезентации, нагруженной ценностным отношением, сопровождающийся установлением границ между Я и внешним миром, интернализацией аффективного опыта взаимодействия, – напрямую связаны и зависят от специфики отношений с матерью, ее возможностью принятия телесных проявлений ребенка. Коммуникативный опыт в данном случае выступает одним из центральных факторов, определяющих специфику функционирования ребенка во взрослом возрасте, включая особенности организации телесности. Опыт неблагополучных или «патогенных» отношений с матерью, в которых взаимодействие с ребенком имеет одностороннюю направленность в силу неспособности родителя к адекватному контейнированию и удовлетворению потребностей ребенка, ведет к формированию дефектного диффузно организованного, разорванного телесного Я. Представленность лишь части отдельных функций и потребностей в телесном Я проявляется своего рода «дистраиванием» целостностного образа Я – формированием болезненных симптомов, содержащих коммуникативное послание, проекцию неудовлетворенных желаний на отдельные части тела (Г. Аммон, 2000). Изоляция и гиперкатектирование отдельных соматических функций может наблюдаться и при психотических нарушениях, однако, в этом случае, разрушается целостная телесная самость (Х. Кохут, 2002).

С точки зрения культурно-исторического подхода психосоматическое развитие рассматривается как процесс преобразования, модификации натуральных, биологических функций, обусловленных общественно-детерминированными действиями, а также как составляющая социализации в целом (В.В. Николаева, Г.А. Арина, 1996; П.Д. Тищенко, 1991). Основной вектор онтогенеза при этом идентичен центральной линии становления психических

функций, закономерностям ее развития и функционирования. Телесность является одной из линий общего хода психического развития «как необходимое условие и инструмент его» (Г.А. Арина, 1991, с. 49), приобретает знаково-символический характер, произвольность и культурно-историческую форму (Н.А. Коваленко, 1998; В.В. Николаева, Г.А. Арина, 1996; А.Ш. Тхостов, 1993, 2002).

Л.С. Выготский, анализируя влияние телесного дефекта на психическое становление ребенка, отмечал, что физический недостаток приобретает значение лишь в аспекте нарушений социальной коммуникации и снижения «социальной позиции» ребенка. Таким образом, презентация дефекта в субъективном опыте личности и его роль в мире ребенка раскрывается в аспекте осознания, ощущения «социального вывиха», причиняемого телесным недостатком (Л.С. Выготский, 2003, с. 9). Экстраполяция идей Л.С. Выготского на психосоматическое развитие позволила сформулировать положение, согласно которому телесные особенности как субъективный феномен сознания появляются лишь в случае, когда они вовлечены в процесс социальных отношений (О.Г. Мотовилин, 2001).

Постепенное развитие «культурного тела» происходит в процессе коммуникации со значимыми взрослыми (преимущественно с матерью), означивания ими (ею) его телесных функций. Обозначивает процесс преобразования натурального тела в культурное специфика правил поведения, налагаемые ограничения, ритуализированные действия, в результате чего каждый телесный опыт ребенка получает значение, которое из интрапсихического пространства взаимодействия в результате интериоризации становится субъективным полем индивидуального сознания. Таким образом, «потеря» телом его натуральных проявлений и встраивание в систему культурных норм и социальных связей, «освобождает» его от биологической заданности и строгой обусловленности биологическим законам, что периодически создает противоречия и дихотомическую дилемму следования либо натуральным, либо культуральным нормам (А.Ш. Тхостов, 1993, 2002).

При этом можно выделить четыре этапа психосоматического онтогенеза (В.В. Николаева, Г.А. Арина, 1996, 2003):

1) первый этап связан с формированием языка тела, существующего вначале в рамках диады «мать–дитя» и особенностей эмоциональной коммуникации в паре;

2) второй этап очерчивается процессом начала манипуляций ребенка с собственным телом и возможностью подражательных действий, что приводит к формированию телесных стереотипов реагирования, в том числе, связанных с подражанием за телесными симптомами взрослого;

3) третий этап знаменуется переструктурированием системы психосоматических связей по механизму опосредования телесных функций, усваиваемыми вербальными нормами и языковыми знаниями;

4) четвертый этап связан с развитием рефлексивных способностей и, соответственно, формированием мета-позиции по отношению к собственному телу.

В исследовании О.Г. Мотовилина, посвященном изучению представлений ребенка о собственном теле в условиях нормальной семьи и интерната, было выделено две центральные тенденции развития структуры телесного опыта, связанные, во-первых, с процессом его дифференциации и усложнения организации, во-вторых, интеграции и повышения целостности. При этом дифференциация проявлялась в феноменах расширения категориальной структуры телесного опыта и разделения аффективных и соматических феноменов. Интеграция представлений о собственном теле была связана с формированием образа целостного тела, его категориальной представленности и иерархической структурированности. Одними из значимых факторов нормативного процесса дифференциации и интеграции выступают социальная ситуация развития ребенка, а также уровень вербального (определяет объем телесного и болевого опыта, интегрированность категориальной структуры телесности) и невербального интеллекта (определение роли боли и представленность частей тела в сознании) (О.Г. Мотовилин, 2001).

Помимо определения этапов становления телесности в рамках нормативного его развития была предложена модель, позволяющая описывать формы психосоматического дизонтогенеза. Взяв за основу структуру нарушений психического развития, выделенную В.В. Лебединским (В.В. Лебединский, 1985), В.В. Николаева, Г.А. Арина описали следующие варианты отклонений от нормативного психосоматического онтогенеза: отставание (или задержка) социализации телесных функций; регресс психосоматического развития, обусловленный временным воздействием различного рода вредностей; искажение психосоматического развития, характеризующееся дисгармоническим развитием отдельных сторон образа телесного Я (В.В. Николаева, Г.А. Арина, 1996).

Таким образом, в рамках психоаналитического (в особенности, теории объектных отношений) и культурно-исторического подхода к исследованию онтогенеза телесности признается значимая роль социального окружения (в частности, матери) в становлении телесной репрезентации. При этом в процессе развития исходно натуральные функции и перцептивные ощущения от телесных проявлений приобретают опосредованность и произвольность, что знаменуется постепенным переходом от диффузных телесных репрезентаций (изначально аффективных) в интегрированные, целостные образования с категориальной представленностью и иерархической структурированностью. В целом, становление высших психических функций, обладающих гетерохронностью развития, а также различные кризисные периоды и влияние ведущей деятельности и социальной ситуации развития прослеживаются и при исследовании динамики становления телесного Я, обозначающих определенные категории соотношений аффективных и когнитивных компонентов репрезентации тела. Становление аффективных и когнитивных звеньев в структуре репрезентации тела в онтогенезе условно можно представить следующим образом.

Эмоциональная коммуникация с матерью закладывает основы аффективной системы репрезентации тела, связанной с общим ощущением удовольствия-неудовольствия, первичным перцептивным опытом. Способность к манипулированию собственным телом и его познание через данный процесс, а

также усвоение культуральных способов отправления телесных функций может быть связано с началом становления когнитивных компонентов телесной репрезентации. Переструктурирование аффективно-когнитивных связей репрезентации тела, сопровождающееся усвоением языковых норм и развитием вербального мышления, может быть связано с постепенным переходом к иерархически доминирующей когнитивной системе в регуляции телесных феноменов. Становление плана рефлексии, вероятно, выступает детерминантой интеграции аффективных и когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела. При этом нарушение целостности аффективно-когнитивной представленности тела, а также дезорганизация отдельных ее компонентов в сознании может приводить к различным нарушениям в функционировании телесности и личности.

Таким образом, приведенный анализ обосновывает важную роль детско-родительских отношений в формировании аффективных и когнитивных компонентов и их иерархической интеграции в структуре репрезентации тела. Обратимся к обзору эмпирических исследований особенностей детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с соматической патологией.

1.2 Обзор исследований детско-родительских отношений в ситуации соматической, неврологической и психической патологии у детей

По данным многих авторов родительское отношение и состояние значимого взрослого, а также специфика взаимодействия с ребенком влияет и прямо связана с динамикой и онтогенезом телесных функций и становлением образа Я (в том числе, «физического Я») у детей как в норме, так и при различных дизонтогенезах. С другой стороны, большинством исследователей признается существенная роль родителей (и специфики их отношения к детям) в стимуляции или подавлении адаптационных ресурсов и положительного психоэмоционального тонуса детей с той или иной патологией развития. В частности, по данным Н.А. Писаренко,

психологическая реабилитация ребенка проходит легче и достигается быстрее в случае эмоциональной стабильности родителей, их готовности участвовать в терапевтических мероприятиях по восстановлению здоровья ребенка (Н.А. Писаренко, 1998).

О.Б. Зерницкий отмечает, что родители больного ребенка нередко испытывают внутриличностный конфликт, связанный с ситуацией борьбы мотивов и ценностей. Этот конфликт презентуется, с одной стороны, нарциссическим желанием соответствия ребенка социальной норме (т.е. ожиданиям самих родителей, других членов семьи и, в целом, социума), с другой, необходимостью принятия больного ребенка и выполнения «родительского долга», необходимостью ущемления собственных потребностей, вкладывания различного рода ресурсов в изначально неперспективный проект «вращения хорошего и успешного» ребенка. Способность к разрешению данного конфликта родителями также связывается с улучшением адаптивных возможностей детей (О.Б. Зерницкий, 2010).

В исследовании Н.А. Урядницкой с соавторами было выявлено несколько типов стратегий поведения родителей: первая, связана с поддержанием интегрированности семейной системы; вторая – поддержанием собственной стабильности. При этом высокий уровень субъективной напряженности родителей положительно коррелировал с возникновением раннего чувства безнадежности у детей с онкопатологией (Н.А. Урядницкая, М.А. Бялик, Е.И. Моисеенко, В.В. Николаева, 1997).

Нарушение психологической адаптации родителей и, в целом, семьи некоторыми авторами рассматривается как вариант посттравматическая стрессовой реакции (О.Б. Зерницкий, 2010), осложненной «синдромом дамоклова меча» при котором источник стресса может быть ликвидирован лишь на какое-то время (в частности, на период ремиссии) (G.P. Koocher, J.E. O'Malley, 1981).

Таким образом, психическая адаптация родителей и соответствующий ей тип отношения к ребенку выделяются в качестве фактора, обуславливающего динамику, течение и прогноз заболевания ребенка. При этом некоторые авторы

отмечают, что дисгармоничные отношения в семьях, воспитывающих больного ребенка, распространены вне зависимости от типа патологии у детей (Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко, 2000). Например, в исследовании Е.В. Котовой были получены данные, свидетельствующие о примате симбиотических отношений между родителем и ребенком старшего дошкольного возраста с соматической патологией (вне зависимости от тяжести и формы патологии). Среди доминирующих типов родительского отношения были выявлены: наличие фобии утраты ребенка, гиперпротекция, потворствование, недостаточность (зачастую полное отсутствие) требований-обязанностей; выраженность требований-запретов, расширение сферы родительских чувств; предпочтение детских и феминных качеств в ребенке (вне зависимости от пола), игнорирование потребностей детей, авторитаризм, неустойчивость стиля воспитания и стремление инфантилизировать часто болеющего ребенка с проекцией на него личной и социальной несостоятельности (Е.В. Котова, 2003). В целом, типовая дисгармоничность детско-родительских отношений выявляется и при анализе экспериментальных данных исследователей, изучающих специфику семейных отношений при различных заболеваниях у детей, – соматических, неврологических и психических, а также при функциональных и морфофункциональных нарушениях. Рассмотрим выявленные варианты межличностных отношений в семьях при различных нозологических формах патологии у детей.

В исследовании М.П. Араловой, К.С. Асланяна, Е.В. Полевиченко получены результаты, свидетельствующие о превалировании гиперопекающего стиля по отношению к больным детям дошкольного возраста с онкопатологией в стадии ремиссии, при этом частотно гиперопека сочетается с недостаточностью требований-запретов, минимизированием количества санкций по отношению к ребенку за нарушение требований (М.П. Аралова, К.С. Асланян, Е.В. Полевиченко, 1997).

По данным И.А. Вахрушевой, особенности взаимоотношений в семьях больных подростков с заболеваниями желудочно-кишечного тракта

характеризуются, с одной стороны, отрицанием и неприятием, запретом на негативные чувства подростков (в то время, как в семьях здоровых подростков выражаются как позитивные, так и негативные чувства и эмоции), с другой, сложностью эмпатии и поддержки при переживании подростком отрицательных чувств в психотравмирующих ситуациях (что приводит к преимущественно эмоциональному и интеллектуальному отреагированию в проблемных ситуациях и отсутствию совладающего поведения подростков, основанного на механизмах взаимодействия с другими) (И.А. Вахрушева, 2004).

В исследовании А.А. Лифинцевой отмечаются не только преобладающее отношение в семьях с соматически больным ребенком в виде противоречивости и непоследовательности воспитательных воздействий – сочетание гиперпротекции с недостаточностью требований-обязанностей и требований-запретов, минимальностью санкций, применяемых к ребенку и критики с элиминированием эмоций, перфекционизмом и индуцированием тревоги, – но и факторы, стимулирующее подобное отношение: расширение сферы родительских чувств, воспитательная неуверенность, неразвитость родительских чувств, наличие фобии утраты ребенка и проекции негативных качеств на ребенка. Кроме того, исследование показало, что в привязанности подростков к родителям также сочетаются амбивалентностные тенденции: наличие одновременно доверия и отчуждения в отношении значимых фигур. Автором отмечено, что подобные стили отношений (гиперпротекция, потворствование, воспитательная неуверенность родителей и неустойчивость стиля воспитания) могут препятствовать психологической адаптации детей к школе (А.А. Лифинцева, 2005).

В исследовании В.А. Мохова с соавторами были получены схожие результаты. Помимо вышеописанных особенностей в диадах мать–ребенок уровень тревожности детей и их родителей, а также тип родительского воздействия не были связаны со сроком ремиссии, что в целом, позволило авторам говорить о неблагоприятной динамике развития переживания болезни ребенка. Закрепленная в острый кризисный период относительно адекватная на

тот момент система отношений перестает осуществлять адаптивную функцию. К ключевым проблемам детско-родительского взаимодействия в семьях с подростками больными муковисцидозом авторы относят: непоследовательность и амбивалентность отношения родителей, потворствование, либеральность матерей и проблемы установления границ автономии подростков (В.А. Мохов, М.А. Крештапова, О.С. Шибкова, О.Н. Дианова, 2011).

В исследовании О.Б. Нестеренко также отмечается превалирование враждебно-отстраненных детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих подростка с психосоматическим заболеванием, непоследовательность применяемых воспитательных мер, дисгармоничность отношений (О.Б. Нестеренко, 2005).

Е.Е. Русяковой на модели семей подростков, страдающих бронхиальной астмой, также было выявлено наличие потворствования, фобии утраты, гиперпротекции и гипопротекции как доминирующих стилей воспитания, (Е.Е. Русякова, 2004).

Исследование А.С. Султановой с соавторами показало, что подростки, перенесшие хирургическую коррекцию врожденного порока сердца «синего типа» в некоторых случаях обнаруживают феномен «эхосооценки», связанный с полным принятием и интериоризацией родительской позиции в отношении себя и своей болезни. При этом родители, как правило, переоценивают тяжесть заболевания ребенка, ограничивая активность и познавательную деятельность детей, в том числе, в отношении познавательного интереса к заболеванию, способствуя развитию инфантильности и нарушению осознания собственного заболевания. Последний аспект при этом выражается в защитной активности с недооценкой тяжести заболевания, завышении собственных возможностей (А.С. Султанова, А.Н. Васина, Т.Г. Горячева, И.В. Кокшенев, 1997).

Н.А. Урядницкой была установлена роль родительского отношения в ситуации соматической патологии ребенка. В качестве наиболее оптимального характера отношений между родителем и ребенком с точки зрения психологической адаптации и эффективности саморегуляции был выявлен

кооперативный стиль отношений, способствующий активации процессов когнитивной оценки и снижению эмоциональной напряженности; инфантилизация и авторитарное отношение, наоборот, отрицательно коррелировали с данными параметрами оценки; отвергающее отношение, по данным автора, способствовало «консервации» и препятствовало оптимальной функциональной саморегуляции пациента (Н.А. Урядницкая, 1998).

Дисгармоничность отношений в семьях с больным ребенком описана и при аллергических заболеваниях у дошкольников. В этом случае основной конфликт связывается с категориями «близости–дистанции» и выделяются типичные особенности материнского отношения: потворствующая гиперпротекция, обусловленная симбиотическими отношениями матери и ребенка; доминирующая гиперпротекция, опосредованная эмоциональным отвержением матери, маскированная опекой; эмоциональное отвержение, обусловленное неприятием ребенка (М.Н. Елиашвили, 2012)

«Принятие–отвержение» как тип родительского отношения выявляется и среди часто болеющих детей младшего, среднего и старшего дошкольного возраста. Кроме того, данный тип отношений связан с нарушением системы мотивов в конкретной деятельности (а именно: взаимодействие с взрослыми – мотив получения новых впечатлений, практический тип общения (совместная игра с игрушками); в общении со сверстником – трудности мотивировки выбора; преобладание игрового мотива у старших дошкольников над учебным) (Г.Г. Вылегжанина, 2006).

В.А. Ковалевский отмечает, что наиболее распространенным типом родительского отношения к часто болеющему старшему дошкольнику является дисгармоничный «привязывающее–подавляющий» стиль воспитания. Для структуры данной воспитательной позиции характерно наличие уверенности в собственных знаниях о ребенке при низкой адекватности предсказаний ответов собственных детей; способность эмпатически относиться к переживаниям детей при этом выражена незначительно, что зачастую связано с эгоцентризмом самих родителей (В.А. Ковалевский, 1997).

В исследовании И.Д. Черняк отмечено нарастание корреляционных связей между психовегетативными параметрами детей и их родителей по мере утяжеления бронхиальной астмы, что связывается с формированием дисфункциональных отношений в диаде «мать–дитя» (И.Д. Черняк, 2003).

Таким образом, в большинстве исследований отмечается преимущественно негативное влияние дисфункциональных отношений в семье и неоптимальной родительской позиции на соматический и психический статус ребенка. Несколько иные данные о взаимосвязи психоэмоционального состояния детей и подростков с соматической патологией со стилем взаимоотношений с родителями были получены в исследовании О.Б. Зерницкого. Автор обнаружил различия в представленности разных типов родительского отношения к детям с хроническими заболеваниями и к здоровым детям. Так, по данным исследования, при наличии соматического заболевания у ребенка родительское отношение характеризуется неоптимальной родительской позицией, а именно: «отвержением», «симбиозом», «авторитарной гиперсоциализацией» и восприятием ребенка как «маленького неудачника», что, однако, положительно коррелирует с социально-психологической адаптивностью детей и подростков. Кроме того, анализ эмпирических данных показал, что параметры социально-психологической адаптации и психоэмоциональное состояние подростков с хроническими заболеваниями более благоприятны, чем соответствующие характеристики больных детей младшего возраста (О.Б. Зерницкий, 2005).

В ряде исследований отмечаются гендерные различия родительского отношения к соматически ослабленным детям. В работе Ж.Г. Дусказиевой отмечено, что симбиотические отношения характерны как для семей со здоровыми, так и с соматически ослабленными детьми; однако, в последнем случае симбиоз сочетается с инфантилизацией ребенка. Данная ситуация особенно негативно сказывается на развитии мальчиков, поскольку вследствие инфантилизации личностные характеристики мальчиков перестают соответствовать общественным гендерным стереотипам, что приводит к их

отвержению матерями; в то время как девочкам социально «разрешено» быть более слабыми и хрупкими (Ж.Г. Дусказиева, 2015).

Проблема психологических особенностей родителей и специфика отношений в семьях больных детей обсуждается и на примере неврологической и психической патологии у детей (И.А. Коробейников, 2002; О.Л. Романова, 1988; И.В. Скворцов, Т.Н. Осипенко, Н.П. Дедов [и др.], 1995; И.В. Шаповаленко, Т.Б. Миронова, 2002).

В исследовании О.Л. Романовой установлена динамика когнитивной и эмоциональной составляющей материнской позиции по отношению к больному ребенку, страдающего церебральным параличом. Первые три года развития ребенка представлены полным его принятием в связи с защитным переживанием дефекта ребенка и отсутствием полного представления о нем. Подобное принятие обусловлено действием защитного механизма отрицания и вытеснения негативных переживаний, а также, в целом, анозогностическим отношением к болезни. Перестраивание родительской позиции связывается с когнитивной переоценкой патологии ребенка и представлено отвержением ребенка в период дошкольного детства (О.Л. Романова, 1988).

В исследовании И.А. Скворцова и соавторов рассматривается проблема взаимодействия родителей с детьми при наличии у них неврологического диагноза. В результате анализа экспериментальных данных авторами было выявлено преобладание нескольких типов родительских установок, которые коррелировали с различной тяжестью заболевания у детей. В группе матерей с характеристикой межличностных отношений «агрессивность» и «подчинение» у детей тяжесть неврологического синдрома при детском церебральном параличе соответствовала тяжелой и среднетяжелой формам; в этих же группах отмечался наибольший процент детей с нарушениями в интеллектуальной и коммуникативной сферах. У детей, матери которых предпочитали «доминирование» в диаде «мать–дитя», преобладали легкие формы заболевания и высокие показатели коммуникабельности и интеллекта. Дети, в диаде которых преобладало отношение по типу «дружелюбие», занимали срединное место как по

тяжести заболевания, так и по показателям интеллекта и развитости коммуникативных навыков (И.В. Скворцов, Т.Н. Осипенко, Н.П. Дедов [и др.], 1995).

И.В. Работа Шаповаленко и Т.Б. Мироновой, также направленная на установление специфики особенностей эмоциональной стороны детско-родительских отношений и взаимосвязи переживаний родителей и (младших школьников) детей с детским церебральным параличом, продемонстрировала наличие амбивалентных установок родителей, с одной стороны, связанных с пониманием и осознанием психофизических особенностей детей, с другой, – предъявлением завышенных требований, несоответствующих их возможностям. Переживания родителей при этом могут выражаться в повышенных ожиданиях и жестком контроле выполнения требований. Наиболее частотным при этом стилем воспитания являются гиперопека и эмоциональная изоляция; наличие же неявного отвержения компенсируется подчеркнутой заботой о материальном и соматическом статусе ребенка, повышенными требованиями к персоналу, осуществляющему медицинскую и педагогическую помощь (И.В. Шаповаленко, Т.Б. Миронова, 2002).

В исследовании И.А. Коробейникова полученные данные свидетельствуют о наличии у матерей эмоционального отвержения (реализацией родительской роли в виде формального отношения, связанного с контролем учебной деятельности и витально-бытовых потребностей) как преимущественного стиля отношений к детям с задержкой психического развития. При реализации подобного стиля воспитания у детей не формируется активная интериоризация оценок другого, что приводит к недостаточной целостности адаптивного и адекватного самоотношения, обеднению образа «Я» с преобладанием аморфных, схематичных и фрагментарных представлений (И.А. Коробейников, 2002).

Анализ литературных источников указывает на преимущественно однотипный характер нарушений детско-родительских отношений, в ряде случаев представленных противоречивыми тенденциями взаимодействия в семьях детей с различными заболеваниями, – сочетанием эмоционального отвержения и

симбиоза и/или гиперпротекции; неустойчивостью стиля воспитания со стремлением инфантилизировать болеющего ребенка. Ряд авторов при этом отмечает отсутствие корреляционных связей между типом воспитания и формой хронического заболевания, а также, в целом, тяжестью его течения, хотя в некоторых исследованиях делаются попытки выделить специфические маркеры родительского отношения при различной тяжести заболевания у детей. В целом, в отношении понимания взаимосвязи тяжести того или иного состояния у детей с характером родительского воздействия на ребенка данные достаточно противоречивы, что определяет актуальность новых эмпирических исследований указанной проблемы (*к сравнению*: исследования И.А. Скворцова с соавт., И.Д. Черняк, В.А. Мохова с соавт., Е.В. Котовой).

Большинство исследователей также сходятся во мнении относительно значимости семейных отношений и их влиянии на развитие телесности в онтогенезе. В целом, тип родительского отношения указывается как фактор, связанный с особенностями психоэмоционального состояния больного ребенка, и, соответственно, влияющий на динамику того или иного заболевания у детей и подростков.

Многими теоретиками признается и роль искаженного отношения родителей, в частности матери, в детерминации психосоматической патологии. Например, В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад связывают возникновение бронхиальной астмы у детей с отвержением ребенка, подавлением его реакций (плача, крика) и импульсов (например, нежности и др.) (В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад, 1999). Развитие сахарного диабета авторами связывается, в том числе, с преобладанием холодного стиля отношений родителей, отсутствием удовлетворения его потребности в безопасности, целостности (Н. Пезешкиан, 2006); возникновение аллергических кожных заболеваний с жестоким обращением, в особенности, в родительских семьях (W.J. Grace, Graham D.T., 1952). Повторяющиеся переживания психотравмирующей ситуации с хронификацией соответствующей ей эмоции и актуализацией конфликтных интериоризированных «констеляций» из раннего периода жизни формирует

основу для психосоматических нарушений в связи с отсутствием возможности удовлетворения актуальной потребности (Ф. Александер, 2002).

Таким образом, специфика детско-родительских отношений может выступать неспецифическим фактором снижения или интенсификации резистентности к различного рода заболеваниям, а также опосредовать особенности системы репрезентации тела у детей, хотя данные относительно патогномичности типов детско-родительских отношений оказываются неоднозначными. Так, в ряде исследований выявляются существенные различия, связанные с превалированием дисгармоничного стиля в семьях с больными детьми и подростками, в других указывается относительная сопоставимость типов отношений в семьях больных и здоровых детей (*к примеру, симбиотические отношения*; Ж.Г. Дусказиева, 2015). Кроме того, в исследованиях отсутствует указание на преимущественное влияние того или иного стиля межличностного отношения на специфику функционирования аффективных и когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела у детей. Остается нерешенным вопрос о том, каким образом детско-родительские отношения могут приводить к дезинтеграции телесной сферы ребенка, что требует дополнительных исследований.

В качестве клинических моделей для исследования аффективных и когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела можно рассмотреть различные группы здоровья, что обосновано как распространенностью и превалированием детей со второй и третьей группами здоровья в общеобразовательных учреждениях, так и значимым практическим потенциалом, представленным необходимостью разработки реабилитационных мероприятий, осуществляемых в рамках системы здравоохранения и образования с учетом групп здоровья. Наметившийся в последние десятилетия в медицине переход от патоцентрической к саноцентрической целостной модели здоровья позволяет рассматривать группы здоровья как целостную медико-психосоциальную модель, включающую в себя ряд психологических факторов (Ю.В. Чебакова, Н.Н. Снежкова, Л.А. Попова, 2010). Обоснование возможности проведения

сравнительного анализа аффективных и когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела у детей и подростков с различными группами здоровья связано и с особым телесным опытом и стилем детско-родительских отношений, создаваемых в ситуации болезни. Еще одним важным параметром для выявления специфики аффективно-когнитивных взаимосвязей в системе репрезентации тела выступает необходимость тщательного контроля экспериментальных групп, что возможно лишь при учете не только наличия или отсутствия хронического заболевания, но и функциональных нарушений органов и систем у ребенка.

Как показал анализ литературы, существует множество исследований, направленных на изучение семей с соматически больными детьми. Однако приведенные исследования охватывают, как правило, полюса континуума «здоровье–болезнь», т.е. детей и подростков группы нормы в сравнении с детьми с соматической патологией. При этом проблема групп здоровья остается неосвященной в рамках психологических исследований.

Изучение детей и подростков с различными группами здоровья позволяет рассматривать континуум «здоровье–болезнь», о котором говорилось выше, не только с позиции нормы (дети и подростки первой группы здоровья) и патологии (дети и подростки третьей группы здоровья), но и с точки зрения пограничных соматических состояний (респонденты второй группы здоровья), что может способствовать более детальному изучению онтогенетических и дизонтогенетических механизмов телесности.

1.3 Клиническое описание различных групп здоровья

Одно из условий полноценного развития детей является показатель уровня здоровья: нормативного функционирования различных систем организма, структурных и морфологических образований, что создает биологическую основу развития высших психических функций, психологической и социальной адаптации, оптимальное прохождение различных этапов развития и возрастных кризисов. Несмотря на это, медико-статистические исследования последних лет

указывают на наличие тенденции к увеличению числа детей, имеющих отклонения в состоянии здоровья. В частности, в российской популяции детей выявлен высокий процент детей, имеющих проблемы со здоровьем уже в дошкольном возрасте. По итогам диспансеризации российского населения, среди детей отмечено уменьшение доли практически здоровых детей (с 45% до 33%) при нарастании общего количества детей, имеющих ту или иную форму хронической патологии: 40% (Н.А. Грудинина, 2005; Т.В. Мандзяк, В.В. Долгих, Л.В. Рычкова [и др.], 2005; М.Д. Маханева, 2000); 30–35% (Н.В. Нижегородцева, В.Д. Шадринов, 2001); 25% (М.Х. Спатаева, 2006) и инвалидности, и, соответственно, сокращение доли детей, имеющих только функциональные отклонения в состоянии здоровья: 30–35% – (Н.В. Нижегородцева, В.Д. Шадринов, 2001; 56% (М.Х. Спатаева, 2006), т.е. детей, имеющих более благоприятный прогноз для проведения коррекционных и профилактических мероприятий (А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева, 2009; С.В. Гусева, 2006).

С медицинской точки зрения для удобства проведения профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий пациентов принято разделять по группам здоровья. Присвоение детям в возрасте от 3 до 17 лет определенной группы здоровья, согласно инструкции, утвержденной Приказом Минздрава РФ от 30.12.2003 г. № 621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей», должно проводиться с соблюдением ряда основополагающих критериев. Важен учет: 1) наличия или отсутствия функциональных изменений в деятельности организма или хронических заболеваний (с уточнением специфики динамики и фазы патологического процесса); 2) уровень функционального состояния основных систем организма; 3) степень резистентности организма к неблагоприятным внешним условиям; 4) уровень актуального развития и его гармоничность.

В соответствии с обозначенными критериями выделяют пять групп здоровья в детской популяции.

К первой группе здоровья причисляются дети и подростки, не имеющие хронических заболеваний, по уровню физического и нервно-психического

функционирования соответствующие категории здоровых детей и нормативным характеристикам соматического и психического развития.

Вторая группа здоровья объединяет детей, не имеющих хронических заболеваний, однако, связанных наличием функциональных и морфофункциональных изменений (например, при нарушениях ритма сердца и проводимости). Ко второй группе здоровья также относятся часто и/или длительно болеющие дети, дети с задержками биологического развития или его нарушениями (с дефицитом/избытком массы тела) без эндокринной патологии; с теми или иными физическими недостатками, последствиями операций и травм при сохранности соответствующих функций; психическими расстройствами и расстройствами поведения в их невыраженной форме (например, соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы, нейроциркуляторная астенция (F45.3); слабо выраженные фобические тревожные расстройства (F40); невращения (F48.0); невротические или астенические реакции, а также реакции, связанные со стрессом (F43.2); расстройства сна неорганической этиологии (F51); органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство (F06.6); слабо выраженные расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или функциональными нарушениями головного мозга в легкой форме (F07); слабо выраженные эмоциональные расстройства детского и подросткового возраста (тики, энурез и др.) (F90–F98) и расстройства личности (F60–F62) и шизотипическое расстройство (F21); гиперкинетические расстройства (F90) при наличии компенсаций и расстройства поведения, проявления которых ограничены рамками семьи (F91); при задержках психического развития и специфических расстройствах развития речи и языка (F80)).

Дети третьей группы здоровья имеют то или иное хроническое заболевание в стадии ремиссии, с сохранными или компенсированными функциональными возможностями. К этой группе относятся дети с последствиями травм и операций при условии компенсации соответствующих функций, при этом степень компенсации не должна ограничивать возможность обучения или труда, не приводить к нарушениям общего состояния и самочувствия.

К четвертой группе здоровья относятся дети, страдающие хроническими заболеваниями в активной стадии и с нестойкой ремиссией и частыми обострениями, а также дети с хроническими заболеваниями и последствиями травм и операций в стадии субкомпенсации, ограничивающей возможность обучения или труда ребенка.

В пятую группу здоровья входят дети с тяжелыми хроническими заболеваниями без ремиссии, непрерывно рецидивирующим течением заболевания, выраженной декомпенсацией функциональных возможностей, нуждающиеся в постоянной клинической помощи, значительным ограничением обучения и труда.

Проведенный ряд клинических исследований на моделях детей с различными группами здоровья указывает и наличие других отличительных черт.

Так, установлено, что дети второй группы здоровья находятся в промежуточном положении между третьей и первой группами, что обуславливает как возможность формирования у них хронической патологии (высокий риск хронификации имеющейся патологии), так и переход данных детей в первую группу здоровья при направленном, планомерном и правильном курсе реабилитационных мероприятий (А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева, 2009; С.В. Гусева, 2006). Кроме того, отмечается, что нарастание влияния социальных факторов (помимо генетических и биологических) с возрастом ребенка, также определяет варьированность показателей здоровья детей (К.П. Дорожнова, 1983; З.С. Макарова, 1991), о чем, например, может свидетельствовать большой удельный вес часто болеющих детей, и, в целом, детей третьей–пятой групп здоровья, воспитывающихся в домах-интернатах (О.В. Ахтямова, 2004), а также частота встречаемости нарушений в здоровье школьников, наблюдающихся в критические периоды онтогенеза – семь, десять и четырнадцать лет (Д.С. Лабузов, 2010).

Детей второй и третьей групп в сравнении с детьми первой группы здоровья отличает и низкий уровень физического развития, дисгармоничное сложение, нижние показатели функционального состояния системы внешнего дыхания,

низкая общая физическая работоспособность (М.Х. Спатаева, 2006). При этом отмечается, что физическая работоспособность вне зависимости от группы здоровья имеет тенденцию к росту (от 7 к 9 годам) в обеих половых группах, также как и качественные изменения в системе управления сердечным ритмом нарастают к восьмилетнему возрасту (А.Р. Мухетдинова., 2000). Переход детей от второй к третьей группе здоровья обуславливает изменения показателей липидного и минерального обмена, отражающих энергетическую недостаточность обеспечения организма (Ю.А. Алексеева, 2003).

Среди психологических особенностей, изученных в рамках исследования групп здоровья, отмечаются следующие особенности. Выявлены различные реакции психологической адаптации: так, дети второй и третьей групп более подвержены реакциям активации (21% и 32,3% соответственно) и срыва адаптации (4% и 14,3% соответственно), а также снижение общего показателя качества жизни при переходе от первой к третьей группе здоровья (А.Ю. Сердюков, 2011). Ряд исследований также посвящен анализу детско-родительского взаимодействия, однако, в этом случае в рамках рассмотрения групп здоровья освещается либо тяжесть патологии (без указания принадлежности к группе здоровья), либо выделяется лишь отдельная часть детей второй группы здоровья (например, часто- и/или длительно болеющие дети).

Стоит отметить наличие исследований на модели часто болеющих детей (т.е. детей второй группы здоровья), рассматривающих специфику их тревожности и негативных переживаний. Авторами был выявлен высокий показатель личностной тревожности и тревожности на занятиях у данных детей, а также склонность к глобализации и экстраполяции ощущения угрозы на широкий спектр ситуаций, частотность негативных переживаний (А.А. Михайленко, В.А. Черешнев, Р.В. Майоров, 2011). В рамках нейропсихологических исследований часто болеющих детей отмечается более выраженный уровень несформированности познавательной деятельности в данной группе по сравнению со здоровыми сверстниками – снижение показателей продуктивности

выполнения проб, направленных на исследование двигательных функций, особенно динамического и пространственного праксиса (Т.Г. Горячева, 2013).

С точки зрения анализа психологических особенностей, наиболее представлены исследования, связанные с выявлением специфики деятельности и функционирования детей третьей группы здоровья, т.е. при наличии хронического соматического заболевания. В рамках данных работ отмечаются особенности социальной ситуации развития (С.Н. Воронина, Г.С. Маскова, 2010; А.А. Михеева, 1999; В.В. Николаева, 1987; Е.Г. Филякова, 1997), специфика телесного и эмоционального опыта, саморегуляции (Т.Г. Горячева, Е.О. Седова, 2007; Т.Г. Горячева, 1995; Н.А. Коваленко, 1998; Е.А. Нагога, 2002), особенности личности детей при нарушении здоровья (В.А. Ковалевский, 1997), а также исследования, направленные на изучение аффективно-поведенческих предпосылок, участвующих в становлении психопатологических процессов у детей и подростков с позиции психосоматической взаимосвязи (Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко, 2000; Д.Н. Исаев, 1996).

В целом, можно отметить, что психологических исследований различных групп здоровья недостаточно. Большинство работ, посвященных анализу специфических особенностей групп здоровья, осуществляется в рамках педагогики и педиатрии и реализуется с позиции разработки воспитательных или реабилитационно-лечебных мероприятий (И.А. Колесникова, 2008; Н.И. Макеев, В.А. Родионов, Е.В. Антонова 2009; А.Р. Мухетдинова., 2000; М.Х. Спатаева, 2006). Пласт психологических исследований, как правило, посвящен изучению детей и подростков (а также их семей и специфики взаимоотношений) третьей группы здоровья, т.е. с хронической соматической или психической патологией. Психологические исследования, посвященные анализу психологических особенностей детей второй группы здоровья, малочисленны. В немногочисленных исследованиях, однако, содержится информация, опосредованно указывающая на специфическую структуру отражения телесного опыта у детей второй группы здоровья – нарушение праксиса, системы регуляции поведения, специфической структуры эмоционально-когнитивных связей,

представленных чрезмерной аффективной включенностью и превалированием аффективного переживания над когнитивной оценкой ситуации. При этом важно отметить, что данная группа детей имеет лишь морффункциональные нарушения систем организма, что обуславливает возможность их перехода в первую группу здоровья. Особенности функционирования соматической сферы детей второй группы здоровья (например, обменных процессов) в отличие от третьей группы также позволяют говорить о специфических особенностях репрезентации тела в данной группе. Косвенные данные также позволяют сделать подобный вывод, поскольку в данном случае отсутствие выраженных негативных телесных ощущений при наличии возможности объективации собственного тела (в рамках легкой формы патологии) создают особые условия формирования телесного опыта и внутренней картины болезни (Н.А. Урядницкая, 1998), а, соответственно, и своеобразную структуру аффективно-когнитивных связей в системе репрезентации тела. Однако в имеющейся научной литературе отсутствует представленность анализа специфики аффективных и когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела у детей и подростков в зависимости от группы здоровья, что также обосновывает необходимость проведения соответствующих эмпирических исследований.

На основании проведенного анализа научной литературы по проблеме исследования психического отражения тела, рассмотрение психосоматического развития, на наш взгляд, возможно через изучение специфики функционирования аффективных и когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела (а также его компонентов) как целостного системного образования, претерпевающего качественные изменения в процессе онтогенеза (обретающего свойства, отражающие целостность тела, его ценностность, интегрированность, константность, опосредованность и произвольность), формирующегося и зависящего от специфики взаимодействия в диаде «мать–ребенок».

Таким образом, приведенный выше теоретический анализ литературы обосновывает эвристичность исследования особенностей аффективных и когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела в онтогенезе, а также

их соотношении у детей и подростков, что и станет предметом изучения в эмпирической части настоящей диссертационной работы.

1.4 Постановка проблемы исследования

Как показал анализ литературы, спецификой психического отражения тела занимались различные авторы. В многочисленных научных исследованиях раскрывается структура и содержание телесного опыта, а также механизмы его функционирования (Г.А. Арина, 1991; В.П. Зинченко, Т.С. Леви, 2006; В.В. Николаева, Г.А. Арина, 1996; А.Ш. Тхостов, 2002; Ю.В. Чебакова, 2006), вводится понятие «границ телесности» и их содержательная специфика (Д.А. Бескова, 2006; S. Fisher, S.E. Cleveland, 1958); факторы, опосредующие формирование особенностей отражения телесного опыта в сознании индивида (В.Ю. Баскаков, 1991; В.А. Подорога, 1995; Э. Эриксон, 1996); отмечаются онтогенетические и актуалгенетические особенности в норме, а также при различной – соматической, психосоматической, психической – патологиях (Г. Аммон, 2000; В.В. Николаева, Г.А. Арина, В.М. Леонова, 2012; А.Ш. Тхостов, Е.И. Рассказова, 2011; R. Abramowitz, A. Peterson, J. Schulenberg, 1984; G. Rosenblum, M. Lewis, 1999; L. Wichstrom, 1999). При этом сущность и природа психосоматических взаимоотношений считается наиболее сложной и нерешенной проблемой медицины и философии (П.Д. Тищенко, 1991; В.Д. Тополянский, М.В. Струковская, 1986), а системный подход в науке раскрывает свою эвристичность при исследовании указанной феноменологии. Вопрос о связи психического развития и его нарушений с переживанием тела, по мнению некоторых авторов, представляет собой центральную проблему психосоматического исследования (Г. Аммон, 2000).

Возможность системного анализа представленности телесных феноменов в сознании субъекта раскрывается при обращении к теориям психического отражения, позволяющим рассматривать конструкт репрезентации тела (Т.А. Ребеко, 2012) как составляющей общей структуры и процесса ментальной

репрезентации мира (В.А. Лекторский, 1980; В.И. Панов, 2004; В.Ф. Петренко, 2005; М.А. Холодная, 1983).

В психологической литературе, как правило, выделяют два аспекта рассмотрения «психической (или ментальной) репрезентации». Первый связан с ее отождествлением с понятием «отражения» той или иной стороны действительности во внутреннем, интрапсихическом пространстве (А.М. Collins, M.R. Quillian, 1969; M.W. Eysenck, M.T. Keane, 2010; A. Paivio, 1986). Данная категория определения позволяет говорить о психической репрезентации как о продукте и результате процесса познания, что в самом широком смысле может быть соотнесено с понятием «образ», «информационная основа деятельности», «субъективный опыт» или «категориальная структура сознания» (А.Э. Цымбалюк, 2010). Второй аспект понимания психической репрезентации взаимосвязан с определением ее как способа, формата психического отражения (Когнитивная психология: учебник для студ. высш. учеб. заведений, 2002; Ж.Ф. Ришар, 1998; J. Engelkamp, M. Denis, 1989; M.W. Eysenck, M.T. Keane, 2010).

С одной стороны, понятие психической репрезентации тесно связано с познавательной деятельностью субъекта, представленной возможностью конструировать, модифицировать и моделировать реальность при помощи внутренних психических структур (эталонов, схем, концептов и др.), в которых закреплены устойчивые и стабильные характеристики и отношения объективной реальности и предметного мира (Дж. Андерсон, 2002; О.Е. Баксанский, Е.Н. Кучер, 2002; Т.А. Ребеко, 2003). С другой стороны, в классических психоаналитической традиции «репрезентатор» рассматривается как представитель соматических процессов в психике (Ж. Лапланш, Ж.-Б. Понталис, 1996).

Понятие психической репрезентации в современных психологических исследованиях также экстраполируется на отдельные аспекты психической деятельности индивида. Так, исследуются психические репрезентации эмоций (В.В. Подпругина, 2003), репрезентации времени и пространства (М.Н. Семенова, 2008), пространственно-предметной среды (Ю.Г. Панюкова, 2004), цвета

(О.В. Сафуанова, 1994), психологических терминов (И.В. Калинкина, 2007; О.И. Кильченко, 2003), ситуации создания семьи (А.Э. Цымбалюк, Ю.П. Поваренков, 2009), риска и безопасности (Н.Г. Янова, В.М. Климашин, 2010), репрезентации телесности (В.В. Горячев, 2012) и тела (Т.А. Ребеко, 2012).

На наш взгляд, теоретический конструкт «психическая репрезентация» применим к исследованию особенностей отражения тела. Более того, как указывалось выше, в современной литературе присутствует указание на использование аналогичной терминологии – «репрезентации тела» как результата психического отражения телесного опыта в процессе формирования субъектности (Т.А. Ребеко, 2012). Введение понятия репрезентации тела как сложной аффективно-когнитивной системы позволяет анализировать механизмы организации, функционирования и онтогенеза специфики отражения телесной реальности в интрапсихическом пространстве, полимодальный чувственный образ тела в целом (В.В. Горячев, 2012), что интегрирует аффективные и когнитивные компоненты в единую структуру, раскрывающую этапность психосоматического развития. В имеющейся научной литературе данных о специфике становления аффективных и когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела не представлено. Стоит отметить при этом, что в психологических исследованиях применяются различные понятия, определяющие специфику психического отражения индивидом собственного тела, и в зависимости от теоретико-методологической ориентации исследователей даже в рамках определения одного понятия встречаются разногласия и акцентирование внимания на его различных аспектах.

Телесность как психологический конструкт включает в себя множество психосоматических феноменов, таких как «образ тела», «схема тела», «представления о теле», «образ физического Я», «Я-концепция». Исследованию указанной феноменологии посвящено множество исследований (А.Н. Дорожевец, 1986; О.Г. Мотовилин, 2001; Е.Т. Соколова, 1986; D. Bernstein, 1983; P. Federn, 1952; S. Fisher, S.E. Cleveland, 1958; H. Head, 1920; M. Rosenberg, 1965; F.C. Schontz, 1974). Описанная выше феноменология, на наш взгляд, отражает

различные аспекты онтогенетического развития телесности – ее аффективные и когнитивные звенья. Феномен телесности, рассматриваемый как результат психического отражения тела (А.Ш. Тхостов, 2002, Ю.В. Чебакова, 2006) в контексте категории психосоматического развития, позволяет теоретически обосновать конструкт репрезентации тела как сложной иерархической системы аффективно-когнитивных взаимодействий, претерпевающей динамику в ходе онтогенеза. Понятие психической репрезентации применительно к телесной категории встречается в ряде отечественных исследований в терминологии репрезентации телесного опыта и телесности (В.В. Горячев, 2012), тела (Т.А. Ребеко, 2012).

Традиция исследований аффективно-когнитивных взаимодействий в структуре разных вариантов феномена «искажения» самосознания представлена в работах научной школы Е.Т. Соколовой на моделях транссексуализма, нарушениях пищевого поведения, при неврозах и расстройствах личности (А.Н. Дорожевец, 1986; А.Н. Дорожевец, Е.Т. Соколова, 1991; И.М. Кадыров, 1990; Ф. Лэонтиу, 1999; Е.Т. Соколова, Е.О. Федотова, 1986; Е.Т. Соколова, И.Г. Чеснова, 1986; Е.Т. Соколова, Н.С. Бурлакова, Ф. Лэонтиу, 2001; Е.Т. Соколова, В.В. Николаева, 1995; Е.Т. Соколова, 1989; А.Б. Яковлева, 1984), в которых рассматривается механизм аффективно-когнитивных взаимодействий личности, приводящий к недостаточной дифференцированности границ Я, и, как следствие, – нарушению автономии и нечеткости взаимодействий в системе Я-Другой. В рамках данного направления было показано, что низкая дифференцированность когнитивных и аффективных компонентов самосознания находится в непосредственной связи с нестабильностью отношения к себе.

Опираясь на положения, отраженные в ряде работ Л.С. Выготского, С.Л. Рубинштейна, О.К. Тихомирова, Б.В. Зейгарник, Ю.Ф. Полякова, В.В. Лебединского, Е.Т. Соколовой о единстве и взаимодействия эмоций и интеллекта, в настоящей работе будет использован термин «репрезентация тела» – феномен психического отражения тела, в структуре которого можно выделить

аффективные и когнитивные компоненты, а также их системные взаимосвязи, формирующиеся в ходе психосоматического онтогенеза.

Основные закономерности и механизмы онтогенеза телесности представлены в культурно-историческом подходе и психоаналитических исследованиях.

Подход к психосоматическому развитию, реализованный в рамках культурно-исторического подхода, рассматривает телесность как аналог высших психических функций (В.В. Николаева, Г.А. Арина, 1996). В рамках данного направления было описано формирование сферы телесности у ребенка в раннем детстве, а также на примере различных нозологий показаны патологические пути ее развития (М.В. Булыгина, 2007; С.Н. Воронина, Г.С. Маскова, 2010; М.В. Милейко, 2008; О.Г. Мотовилин, 2001; В.В. Николаева, Г.А. Арина, 1996).

Идею последовательного формирования аффективных и когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела обосновывают теоретические представления В.В. Николаевой и Г.А. Ариной (2003, 1996) относительно этапов психосоматического развития. Авторами выделено четыре этапа психосоматического онтогенеза. Первичный психосоматический феномен в рамках психосоматического онтогенеза рождается внутри диады «мать–дитя» и связан с формированием языка тела. Через систему эмоциональной коммуникации на первом этапе происходит становление аффективных компонентов в структуре репрезентации тела. На втором этапе ребенок начинает манипулировать собственным телом, возникает возможность подражательных действий – формируются телесные стереотипы реагирования, в том числе за счет повторения телесных симптомов взрослого. На данном этапе усваиваются культурные способы отправления той или иной функции. Данный этап, на наш взгляд, соотносится со становлением первичных невербальных, менее осознаваемых когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела. Третий этап связан с преобразованием психосоматической связи, происходящим благодаря опосредованию телесных функций системой языковых знаний, что, в свою очередь, приводит к формированию вербально опосредованных,

осознаваемых когнитивных звеньев репрезентации тела. На четвертом этапе происходит становление рефлексивного отношения к собственному телу, что, предположительно, является условием интеграции аффективных и когнитивных компонентов в системе репрезентации тела.

Наряду с нормальными феноменами телесности наблюдаются и явления отклонения в психосоматическом развитии ребенка. Механизмы психосоматического дизонтогенеза на сегодняшний день изучены недостаточно. Взяв за основу структуру психического дизонтогенеза, выделенную В.В. Лебединским (1985), В.В. Николаева, Г.А. Арина (2003, 1996) описывают варианты психосоматического дизонтогенеза: отставание (задержка) социализации телесных функций; регресс психосоматического развития, обусловленный временным воздействием различного рода вредностей; искажение психосоматического развития, характеризующееся дисгармоническим развитием отдельных сторон образа телесного Я.

В психоаналитической традиции представлена не только значимая роль аффективной коммуникации в диаде «мать–дитя» в развитии телесного Я ребенка, но и обоснованы основные векторы его развития – формирования целостности и ценностности репрезентации тела, – а также роль постепенной когнитивной дифференциации в данном процессе при условии материнского нарциссического катексиса. Опыт материнской заботы, сопровождающийся позитивным эмоциональным отношением и контейнированием негативных переживаний (У.Р. Бион, 2008), обуславливает переход от аутоэротизма к нарциссизму (З. Фрейд, 1998) и возрастанию целостности телесного опыта, приобретаемого, в том числе, через осознание и принятие телесных особенностей (включая разницу полов, наличие женских или мужских гениталий) (Ф. Тайсон, Р.Л. Тайсон, 2013). Смещение либидинозного катексиса с отдельных частей тела к катексису самости образует целостный опыт в единой репрезентации Я – связанной структуры соматической и психической самости (Х. Кохут, 2002). Другим свойством, приобретаемым через позитивный опыт совместно разделенного телесного удовольствия с матерью, является обретение ценностного ядра

телесной репрезентации. При этом важным аспектом формирования целостности и ценности телесного образа ребенка является его нарциссическое катектирование через интериоризацию и идентификацию со зрелым телом родителя соответствующего пола (Ю.В. Чебакова, 2012).

Психологические работы в области исследования соматического здоровья детей с хроническими соматическими заболеваниями включают исследования социальной ситуации развития (С.Н. С.Н. Воронина, Г.С. Маскова, 2010; А.А. Михеева, 1999; В.В. Николаева, 1987; Е.Г. Филякова, 1997), особенностей телесного и эмоционального опыта (Т.Г. Горячева, 1995; Н.А. Коваленко, 1998; Е.А. Нагога, 2002), особенностей личности детей при нарушении здоровья (В.А. Ковалевский, 1997), а также исследования, направленные на изучение аффективно-поведенческих предпосылок, участвующих в становлении психопатологических процессов у детей и подростков с позиции психосоматической взаимосвязи (Ю.Ф., Антропов, Ю.С. Шевченко, 2000; Д.Н. Исаев, 1996).

Существует направление исследований, изучающее особенности детско-родительских отношений у детей с хроническими соматическими заболеваниями, в рамках которых основное внимание уделяется нарушению знаково-опосредованной коммуникации между матерью и ребенком (М.В. Булыгина, 2007), наличию гиперопекающего стиля, а также стиля, характеризующегося фобией утраты ребенка (Т.Г. Горячева, 1995), наличием патологической симбиотической связи в период раннего детства (Г. Аммон, 2000; Ф. Дольто, 2006).

Как было отмечено выше, большинство соматических симптомов у ребенка вызваны аффективными или личностными нарушениями, которые во многом обусловлены отношениями в семье. В рамках семейных отношений, а именно в диаде «мать–ребенок», закладываются аффективные и когнитивные компоненты в структуре репрезентации тела. В работе О.Г. Мотовилина (2001), посвященной исследованию представлений ребенка о собственном теле в условиях нормальной семьи и интерната, прослеживается взаимосвязь детско-родительских отношений

в условиях эмоциональной депривации с задержкой представлений детей о собственном теле.

Как показал анализ литературы, существует множество исследований, направленных на изучения семей с соматически больными детьми. Однако приведенные исследования охватывают, как правило, полюса континуума «здоровье–болезнь», т.е. детей и подростков группы нормы в сравнении с детьми с соматической патологией. При этом проблема групп здоровья остается неосвещенной в рамках психологических исследований.

Изучение детей и подростков с различными группами здоровья позволяет рассматривать континуум «здоровье–болезнь» не только с позиции нормы (дети и подростки первой группы здоровья) и патологии (дети и подростки третьей группы здоровья), но и с точки зрения пограничных соматических состояний (респонденты второй группы здоровья), т.е. позволяет варьировать уровень физического здоровья, что может способствовать более детальному изучению онтогенетических и дизонтогенетических механизмов телесности.

Результаты описанных исследований подтверждают возможность рассмотрения аффективно-когнитивной системы репрезентации тела как динамического образования, развивающегося в онтогенезе и претерпевающего структурные и функциональные изменения.

Таким образом, анализ литературы обосновывает эвристичность теоретического конструкта репрезентации тела как результата психического отражения телесного опыта в процессе формирования субъектности – сложной иерархической системы аффективных и когнитивных звеньев, а также их взаимодействий, претерпевающей динамику в ходе психосоматического онтогенеза. На основе приведенного выше аналитического обзора теоретических и эмпирических исследований можно выделить следующие аффективные компоненты в структуре репрезентации тела: телесная репрезентация потребностей; эмоциональная нагрузка тела, связанная со степенью эмоциональной дифференцированности тела и гармоничностью/конфликтностью его аффективной заряженности; эмоциональное отношение к телу, отражающее

вектор его ценностности. В качестве когнитивных звеньев репрезентации тела можно выделить точность когнитивной оценки параметров тела (невербальный компонент); вербальное опосредование телесного опыта, степень целостности его семантической категориальной структуры (вербально опосредованные компоненты). Предложенные аффективные и когнитивные компоненты не являются исчерпывающими, а сами феномены аффективно-когнитивных взаимосвязей в системе репрезентации тела нуждаются в дальнейшей эмпирической верификации.

Основываясь на представлениях Л.С. Выготского о связи аффекта и интеллекта, механизмах протекания аномального онтогенеза, предложенных В.В. Лебединским, исследованиях школы Е.Т. Соколовой, а также правомерности использования метода «поперечных» срезов в рамках единой когорты детей и подростков для интерпретации процесса развития, представляется возможным изучение возрастной динамики аффективных и когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела на модели различных групп здоровья. Исследование возрастной динамики становления аффективно-когнитивных взаимосвязей в структуре репрезентации тела с помощью метода «поперечных» срезов позволит прояснить механизмы психосоматического дизонтогенеза при различном уровне физического здоровья. Можно предположить, что по аналогии с задержанным психическим развитием по соматогенному типу, у детей и подростков, имеющих третью группу здоровья, будет наблюдаться задержка психосоматического развития, что найдет свое отражение в структурных особенностях аффективных и когнитивных компонентов репрезентации тела, а также их взаимосвязей. Стиль детско-родительских отношений может выступать значимым фактором психосоматического развития и приводить к психосоматическому дизонтогенезу задержанного типа при доминирующей гиперпротекции в воспитании. Особенности соматического функционирования (например, обменных процессов) детей второй группы здоровья (М.Х. Спатаева, 2006), их промежуточное положение и выраженная возможность компенсации нарушений и перехода в первую группу здоровья, как и вероятность

хронификации патологии, позволяют говорить о специфических особенностях репрезентации тела в данной группе. Отсутствие выраженных негативных телесных ощущений при наличии возможности объективации собственного тела (в рамках легкой формы патологии) создают особые условия формирования телесного опыта и внутренней картины болезни (Н.А. Урядницкая, 1998), а, соответственно, и своеобразную структуру аффективно-когнитивных взаимосвязей в структуре репрезентации тела. Можно предположить, что детей второй группы здоровья будет отличать достаточно высокая точность когнитивных оценок параметров тела при ригидности невербального когнитивного компонента системы репрезентации тела с дисфункцией (повышенной негативной нагрузкой) ее аффективного звена, что может создавать неустойчивую систему аффективно-когнитивных взаимосвязей в структуре репрезентации тела.

ГЛАВА 2 ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ АФФЕКТИВНЫХ И КОГНИТИВНЫХ КОМПОНЕНТОВ В СТРУКТУРЕ РЕПРЕЗЕНТАЦИИ ТЕЛА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ГРУППАМИ ЗДОРОВЬЯ

2.1 Обоснование методик исследования

Методика *«Восьмицветовой тест Люшера»* представляет собой модификацию теста М. Люшера и предназначена для изучения неосознаваемых, глубинных проблем личности, актуального состояния, базисных потребностей, индивидуального стиля переживания, типа реагирования и степени адаптированности обследуемого. Кроме того, она позволяет выявить компенсаторные возможности человека, оценить степень выраженности болезненно заостренных черт характера и клинических проявлений (М. Люшер, 2005). С помощью социально-исторической символики цветов представляется возможным определить актуальные и конфликтные потребности, уровень их фрустрации, аффективную окрашенность потребностей у детей и подростков с различными группами здоровья.

Восемь цветов в тесте Люшера делятся на основные (синий, зеленый, красный, желтый), несущие основную аффективно-потребностную нагрузку, и дополнительные (фиолетовый, серый, коричневый, черный), которые являются вспомогательными и в норме помещаются к концу ряда.

Анализ цветовых выборов целесообразно проводить с учетом позиции и семантики цвета. В качестве «принимаемых» цветов, отражающих актуальные потребности, выступают те, которые расположены на первых двух позициях. В качестве «отвергаемых» – те цвета, которые занимают последние две позиции и отражают конфликтные, фрустрированные потребности.

Семантика цвета указывает на направленность потребности, ее качественное содержание. Таким образом, серый цвет указывает на защитные тенденции и отгороженность, синий символизирует потребность в спокойствии,

психофизиологическом комфорте, зеленый – потребность в самоутверждении, красный цвет отражает потребность в активности, желтый – потребность в позитивной жизненной перспективе. Фиолетовый – потребность в привязанности, коричневый цвет является индикатором сенсорного состояния тела, чувственного опыта, черный – отсутствие потребностей, отрицание (М. Люшер, 2005).

Изучение аффективно-потребностной сферы детей и подростков с различными группами здоровья позволит в дальнейшем с помощью методики «Волшебная страна чувств» исследовать аффективные компоненты репрезентации тела (степень эмоционального принятия тела, его аффективно-потребностную дифференцированность).

Методика *«Волшебная страна чувств»* разработана Т.Д. Зинкевич-Евстигнеевой в рамках тренинг-программы по сказкотерапии. Целью методики является исследование психоэмоционального состояния ребенка. Испытуемому выдается бланк, на котором изображены восемь домиков и указаны восемь эмоций (радость, удовольствие, страх, вина, обида, грусть, злость, интерес), а также схематичное изображение человеческого тела (см. Приложение А). Методика проводится в три этапа. На первом этапе испытуемому предлагается раскрасить домики в восемь цветов (синий, зеленый, красный, желтый, фиолетовый, коричневый, серый, черный). На втором этапе предлагается соотнести домики с эмоциями («поселить» каждую эмоцию в своем домике). На третьем этапе респондентам предлагается с помощью восьми цветных карандашей раскрасить силуэт человека (Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, Д.Б. Кудзилов, 2006).

Методика «Волшебная страна чувств» может быть использована не только с целью изучения психоэмоционального состояния детей и подростков. В ряде исследований была продемонстрирована возможность использования данной методики при исследовании психосоматической сферы с целью изучения представлений детей и подростков о собственном теле (А.В. Баженов, Д.А. Комолов, 2011), а также представлений о собственном теле у неуспевающих школьников (Л.Г. Шаль, Д.А. Комолов, Ю.О. Абысова, 2015). В приведенных

исследованиях проводилась качественная обработка результатов с целью выявления характера тех или иных психосоматических конфликтов.

В рамках данного исследования указанная методика представлена в модифицированном варианте (Д.А. Комолов, Ю.В. Чебакова, 2016), направленном на исследование аффективных репрезентаций тела (степени эмоционального принятия тела, его аффективной дифференцированности и эмоциональной нагруженности). Первые три этапа проведения методики соответствовали процедуре, описанной Т.Д. Зинкевич-Евстигнеевой. На четвертом этапе респондентам предлагалось провести ранжирование восьми имеющихся карандашей по предпочтению цветов (от наиболее приятного до наименее), подобранных в максимальном приближении к оттенкам соответствующих цветов теста М. Люшера. Введение дополнительного четвертого этапа позволило использовать методику Т.Д. Зинкевич-Евстигнеевой как вариант цветового теста отношений (Е.Ф. Бажин, А.М. Эткинд, 1985).

Цветовая семантика в описываемой методике интерпретировалась в соответствии с цветовым тестом М. Люшера. Результаты, полученные в ходе проведения теста М. Люшера, сопоставлялись с данными, обнаруженными при раскрашивании силуэта человека и ранжирования карандашей, как для анализа телесных репрезентаций аффективно-потребностной сферы, так и оценки корректности осуществленной семантической экстраполяции. Мерой корректности семантической экстраполяции цветовых выборов по тесту М. Люшера на процедуру ранжирования карандашей по предпочтению послужил коэффициент ранговой корреляции Ч. Спирмена, вычисленный в ходе попарного сравнения ранжированных выборов для каждого испытуемого. Значение коэффициента для каждого респондента оказалось статистически значимым ($p \leq 0,05$) и не было ниже 0,72 (таблица коэффициентов ранговой корреляции Ч. Спирмена приведена в Приложении Б).

Проведенная модификация позволяет осуществить не только качественный, но и количественный анализ результатов. С целью исследования аффективных репрезентаций тела нами были введены следующие параметры: репрезентация

телесных потребностей, эмоциональная нагруженность тела в целом и его частей, эмоциональное отношение к телу в целом и его частям.

Параметр репрезентации телесных потребностей представляет собой площадь занимаемого цвета в схематическом изображении тела человека. Выделение данного параметра обосновано положением о том, что каждый цвет, представленный в восьмицветовом тесте М. Люшера, несет определенную аффективно-потребностную нагрузку. Таким образом, представленность данного цвета в теле будет указывать на наличие определенной потребности в ее соотнесенности с телесной репрезентацией респондента, а площадь цвета определять степень ее значимости.

Расчет площади цвета проводился путем наложения на изображение человека трафаретной сетки, в которой площадь одной клетки составляет $0,25 \text{ см}^2$. Далее рассчитывалось количество клеток соответствующего цвета для тела в целом и каждой части тела (голова, руки, грудь, живот, таз, ноги). Площадь всего тела составила $52,5 \text{ см}^2$.

Параметр эмоциональной нагруженности тела в целом и его частей определяется количеством цветов, используемых в процессе раскрашивания силуэта человека. Чем больше испытуемый использует цветов (из предложенных восьми карандашей), тем больше эмоциональная нагрузка тела и/или его соответствующей части, чем меньше цветов – тем эмоциональная нагруженность меньше. Кроме количественной составляющей данного параметра в виде числа используемых цветов, учитывалось также его качественное содержание в виде использования при раскрашивании основных или дополнительных цветов согласно тесту М. Люшера. При анализе качественного содержания эмоциональной нагруженности тела и/или его частей определялось значение данного параметра (положительная или отрицательная эмоциональная нагрузка). Положительная эмоциональная нагрузка регистрировалась с помощью анализа сочетаний основных цветов, используемых при раскрашивании тела и/или его частей. Отрицательная нагрузка определялась в процессе соотношения при раскрашивании тела и/или его частей основных и дополнительных цветов,

интерпретируемого М. Люшером как конфликт в аффективно-потребностной сфере. Например, тело и/или часть тела могут быть раскрашены сразу в несколько основных цветов (красный, зеленый, желтый цвет и т.д.), что указывает на положительную эмоциональную нагрузку данной части тела (или тела в целом) – гармоничное сочетание потребностей в активности, самоутверждении, положительной жизненной перспективе, причем значимость каждой потребности для респондентов определяется величиной площади соответствующего цвета. Отрицательная эмоциональная нагрузка наблюдается в том случае, когда тело и/или его часть раскрашены, например, следующим сочетанием цветов: зеленого и фиолетового. Подобное сочетание цветов указывает на сепарационный конфликт, при котором потребность в самоутверждении сочетается с потребностью в слиянии, эмоциональной зависимости.

Выделение двух описанных выше параметров опирается на психосоматическую концепцию М. Шура о десоматизации-ресоматизации (M. Schur, 1955), в основе которой лежит представление о взаимосвязи соматических и эмоциональных процессов человека в период детства. Можно предположить, что тело является базовым уровнем первичной проекции потребностей ребенка и является способом выражения конфликтов в аффективно-потребностной сфере.

Параметр эмоционального отношения к телу и его частям представляет собой соотнесение площадей цвета для тела в целом и каждой части тела с ранжированием карандашей по предпочтению. С помощью данного параметра в рамках методики «Волшебная страна чувств» реализуется принцип цветового теста отношений. Показателем эмоционального отношения к телу служил коэффициент ранговой корреляции Спирмена, рассчитываемый между ранговыми значениями позиций цвета карандаша в раскладке по предпочтению и ранговыми показателями, определяемыми величинами площади используемых для раскрашивания силуэта человека цветов для тела в целом и каждой его части (голова, руки, грудь, живот, таз, ноги). Соответственно значения параметра эмоционального отношения к телу варьировали от -1 (максимально негативное

отношение) до +1 (максимально позитивное отношение) и вычислялись для каждого респондента с помощью автоматизированной формулы.

Таким образом, введенные параметры расширяют диагностические возможности методики «Волшебная страна чувств», позволяя производить как качественную, так и количественную обработку данных.

Методика *телесных промеров по М. Фельденкрайзу* Данная методика разработана на основе исследований М. Фельденкрайза о бессознательном образе тела (М. Фельденкрайз, 2000). Модификация методики предложена И.А. Соловьевой (И.А. Соловьева, Т.Ю. Колошина, 2002), направлена на выявление бессознательного образа тела и его возможных искажений.

В нашем исследовании методика телесных промеров по М. Фельденкрайзу применялась с целью выявления степени точности восприятия размеров различных частей тела. Методика осуществляется в два этапа: на первом производятся реальные (фактические) измерения тела ребенка по ряду параметров (см. Приложение В), на втором – по тем же параметрам ребенок, закрыв глаза, реконструирует собственные телесные границы. Затем проводится сравнение между «реальным» и «ощущаемым» телом. Основным параметром оценки выступало значение по модулю (без учета знака) разницы в показателях между «реальным» и «ощущаемым» телом (величина ошибки). В нашем исследовании данная методика представлена для исследования сформированности когнитивного компонента репрезентации тела, выражающегося в точности оценки собственных телесных параметров. Чем большая величина ошибки регистрируется, тем больше выражены аффективные компоненты репрезентации тела.

Методика *«Классификация дескрипторов соматических ощущений» (КДСО)* разработана Г.А. Ариной и в дальнейшем модифицирована для исследования содержания и организации телесного опыта здоровых детей, что показано в ряде исследований (Е.А. Арутюнова, И.А. Виноградова, О.В. Иванченко, О.В. Менделевич, О.Г. Мотовилин, С.Ю. Шестакова). Целью применения данной методики является анализ особенностей организации и содержания телесного опыта по следующим параметрам: объем телесного опыта

(словаря телесных ощущений); представленность в нем различных категорий дескрипторов телесных ощущений; степень аффективной и когнитивной дифференцированности компонентов репрезентации тела.

Стимульный материал методики содержит 73 карточки. (см. Приложение Г). Все дескрипторы разделены на следующие группы (категории): описывающие эмоциональный тон ощущений (ЭТ); сенсорно-дискриминационные дескрипторы (С); дескрипторы эмоционального отношения к ощущениям (ЭО); оценочные дескрипторы (Оц), универсальные дескрипторы (У); неоднозначные дескрипторы (Н), которые не могут быть отнесены к выделенным группам или же могут быть отнесены более, чем к одной группе.

Указанные выше категории являются составными частями блоков, описывающих различные компоненты телесных ощущений (О.Г. Мотовилин, 2001):

1. Сенсорно-дискриминационный блок (С дескрипторы).
2. Мотивационно-аффективный блок (ЭТ, ЭО дескрипторы).
3. Когнитивный блок (Оц дескрипторы).

Исследователь указывает также, что дескрипторы (ЭТ) являются элементарной аффективной составляющей ощущений, тогда как дескрипторы (ЭО) характеризуют целостное эмоциональное отношение к телесным проявлениям.

Следует отметить, что в методике существуют категории дескрипторов, которые не могут быть точно отнесены к одному из трех блоков (У и Н дескрипторы), т.к. в одном случае являются амодальными и отражают универсальный телесный опыт, а в другом – могут отражать одновременно когнитивные и аффективные звенья репрезентации тела.

Процедура проведения исследования состоит из трех этапов.

На *первом этапе* проводится анализ объема и содержания словаря телесных ощущений.

Второй этап представляет собой классификацию выбранных дескрипторов, что позволяет рассмотреть такие параметры телесного опыта как:

1) широта категориальной структуры (количество классификационных групп);

2) индивидуально-типологические критерии классификации;

3) особенности протекания процесса категоризации.

На третьем этапе испытуемым предлагается выбрать дескрипторы, описывающие болевые ощущения, а затем локализовать эти ощущения в теле.

Следует отметить, что в силу возрастных особенностей, в группе обследуемых детей проведение второго и третьего этапов было затруднено. Таким образом, в данной возрастной группе исследование было направлено на изучение объема и содержания словаря телесных ощущений.

Методика «*Анализ семейного воспитания*» (АСВ) разработана Э.Г. Эйдемиллером и В.В. Юстицким (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий, 1996). Использовалась в исследовании с целью изучения стилей воспитания в семьях детей с различными группами здоровья. С помощью данной методики представляется возможным проследить взаимосвязь между стилем родительского воспитания и степенью сформированности у детей аффективных и когнитивных репрезентаций тела.

Методика состоит из 130 вопросов, на которые необходимо ответить утвердительно или отрицательно. Оценка стиля воспитания в данной методике производится по 11 шкалам, которые отражают характеристики паттернов родительского воспитания, среди них – «гиперпротекция» (Г+), «гипопротекция» (Г–), «потворствование» (У+), «игнорирование потребностей» (У–), «чрезмерность требований (обязанностей)» (Т+), «недостаточный уровень требований» (Т–), «высокий уровень запретов» (З+), «недостаточность требований и запретов» (З–), «выраженность санкций» (С+), «недостаточность санкций» (С–), «неустойчивость паттернов воспитания» (Н). Дополнительные шкалы методики отражают аспект включенности в систему воспитания личностных особенностей матерей: «расширение родительских чувств» (РРЧ), «проекция детских качеств» (ПДК), «воспитательная неуверенность» (ВН), «фобия утраты ребенка» (ФУ), «неразвитость родительских чувств» (НРЧ),

«проекция негативных качеств» (ПНК), «перенос межличностного конфликта родителей в сферу воспитания» (ВК), «предпочтение женских качеств» (ПЖК), «предпочтение в ребенке мужских качеств» (ПМК).

Для анализа результатов проведенного исследования использовался статистический пакет Statistica 6 и следующие непараметрические статистические критерии:

- 1) U-критерий Манна–Уитни для порядковых шкал;
- 2) коэффициент ранговой корреляции Спирмена;
- 3) критерий Уилкоксона для связанных выборок;
- 4) критерий хи-квадрат Пирсона для оценки значимости частот.

2.2 Краткая характеристика выборки

Выборочную совокупность нашего исследования составили дети младшего школьного возраста (7–8 лет) и младшего подросткового возраста (11–12 лет), имеющих первую, вторую и третью группы здоровья.

Выбор указанного возрастного периода с учетом фактора групп здоровья обусловлен тем, что большинство работ, посвященных исследованию групп здоровья, осуществляется в рамках педагогики и педиатрии и реализуется с позиции разработки воспитательных или реабилитационно-лечебных мероприятий (И.А. Колесникова, 2008; Н.И. Макеев, В.А. Родионов, Е.В. Антонова 2009; А.Р. Мухетдинова., 2000; М.Х. Спатаева, 2006). В рамках психологических исследований феноменология групп здоровья в аспекте сравнительного анализа с помощью метода «поперечных» срезов ранее не изучалась. Наметившийся в последние десятилетия в медицине переход от патоцентрической к саноцентрической целостной модели здоровья позволяет рассматривать группы здоровья как целостную медико-психологическую модель, включающую в себя ряд психологических факторов (Ю.В. Чебакова, Н.Н. Снежкова, Л.А. Попова, 2010).

Исследование возрастной динамики становления аффективно-когнитивных репрезентаций тела у детей и подростков с различными группами здоровья с помощью метода «поперечных» срезов позволит прояснить механизм задержанного психосоматического развития с точки зрения формирования аффективно-когнитивных репрезентаций в различных условиях психосоматического развития. Мы предполагаем, что по аналогии с задержанным психическим развитием по соматогенному типу, у детей и подростков, имеющих третью группу здоровья, будет наблюдаться задержка психосоматического развития, что найдет свое отражение в структуре аффективных и когнитивных репрезентаций тела.

В исследовании не принимали участие дети и подростки четвертой и пятой группы в силу отягощенности их соматического статуса. Также в исследовании не принимали участие респонденты, чьи анамнестические данные свидетельствовали о наличии психической патологии. Отбор испытуемых проводился путем изучения медицинской документации, в которой была указана группа здоровья респондента, присвоенная по результатам ранее проведенного медицинского обследования.

Спектр заболеваний, входящих во вторую и третью группы здоровья весьма обширен и поэтому не может быть освещен в данной работе, однако представляется возможным указать процентное распределение класса заболеваний в исследованной выборочной совокупности. Данное распределение представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Процентное соотношение класса заболеваний у обследованных респондентов трех групп здоровья

Класс заболевания	1 группа здоровья		2 группа здоровья		3 группа здоровья	
	Дети	Подростки	Дети	Подростки	Дети	Подростки
Практически здоров	100%	100%	–	–	–	–
Сердечно-сосудистая система	–	–	50%	45%	15%	3%
Дыхательная система	–	–	15%	20%	15%	7%
Костно-мышечная система	–	–	15%	20%	3%	13%
Аллергические заболевания	–	–	5%	5%	5%	7%
Зрительная система	–	–	–	–	5%	20%
Пищеварительная система	–	–	–	–	30%	24%
Эндокринная система	–	–	–	–	7%	7%
Кожные покровы	–	–	–	–	13%	12%
Мочеполовая система	–	–	15%	10%	7%	7%

В исследовании приняли участие 120 человек в возрасте от 7 до 12 лет, имеющие первую, вторую и третью группы здоровья. Первая группа респондентов представлена детьми 7–8 лет (60 человек, по 20 человек каждой группы здоровья). Вторая группа респондентов представлена подростками 11–12 лет (60 человек, по 20 человек каждой группы здоровья). Распределение респондентов по полу представлено ниже в таблице 2.

Таблица 2 – Распределение испытуемых по полу и группам здоровья

Группа здоровья	Мужской пол		Женский пол	
	Дети	Подростки	Дети	Подростки
1 группа здоровья	10 человек	8 человек	10 человек	12 человек
2 группа здоровья	12 человек	12 человек	8 человек	8 человек
3 группа здоровья	12 человек	12 человек	8 человек	8 человек
Всего	34	32	26	28

Также в исследовании приняли участие матери детей 7–8 лет (60 человек) в возрасте от 27 до 40 лет. Большинство соматических симптомов у ребенка вызваны аффективными или личностными нарушениями, которые во многом обусловлены отношениями в семье. В рамках семейных отношений, а именно в диаде «мать–ребенок», закладываются аффективные и когнитивные репрезентации тела. В работе О.Г. Мотовилина (2001), посвященной исследованию представлений ребенка о собственном теле в условиях нормальной семьи и интерната, прослеживается взаимосвязь детско-родительских отношений в условиях эмоциональной депривации с задержкой представлений детей о собственном теле. В связи с этим исследование детско-родительских отношений в группе детей представляется наиболее важной задачей, чем в группе подростков, которые во многом, в силу возрастных особенностей, ориентированы на мнение сверстников (Л.И. Божович, 1979).

Исследование проводилось на базе Государственного образовательного учреждения средней общеобразовательной школы № 1902 г. Москвы, района «Марьино», на базе Государственного образовательного учреждения средней общеобразовательной школы № 290 г. Москвы, района «Медведково», а также на базе Государственного образовательного учреждения средней общеобразовательной школы № 659 г. Москвы, района «Кунцево».

Исследование проходило в светлое время суток: в первой половине дня (2,3 урок), или во второй половине дня (после 5 урока). Среднее время

обследования из расчета на одного респондента составило 60 мин, с тремя перерывами на подвижные игры.

Исследование с родителями проводилось во второй половине дня, перед тем, как они забирали детей из школы.

2.3 Описание результатов исследования

2.3.1 Результаты исследования потребностной сферы у детей и подростков с различными группами здоровья

Особенности потребностной сферы у респондентов исследуемых групп изучались с помощью методики «Восмицветовой тест Люшера».

Анализ цветовых выборов по данной методике осуществлялся по двум параметрам – «принимаемые» и «отвергаемые» цветовые выборы. В качестве «принимаемых» цветов, отражающих актуальные потребности, выступают цвета, расположенные на первых двух позициях. В качестве «отвергаемых» – цвета, которые занимают последние две позиции и отражают конфликты в сфере удовлетворения потребностей.

В таблице 3 представлен суммарный процент первых двух позиций («принимаемые» цвета) и последних двух позиций («отвергаемые» цвета) для детей и подростков трех групп здоровья.

Таблица 3 – Процентные показатели выбора «принимаемых» и «отвергаемых» цветов в тесте Люшера у детей и подростков с различными группами здоровья

Цвета	Первые позиции цвета						Последние позиции цвета					
	ГЗ-1		ГЗ-2		ГЗ-3		ГЗ-1		ГЗ-2		ГЗ-3	
	Дети	Под- рост- ки	Дети	Под- рост- ки	Дети	Под- рост- ки	Дети	Под- рост- ки	Дети	Под- рост- ки	Дети	Под- рост- ки
(0)	0	10	0	20	0	10	40	30	20	20	40	40
(1)	20	10	20	20	20	10	40	30	40	30	10	20
(2)	40	10	20	20	20	30	0	10	20	0	10	0
(3)	30	40	20	40	40	70	0	0	10	0	20	0
(4)	50	80	70	50	60	60	10	10	0	10	10	0
(5)	50	50	50	50	30	20	20	10	10	20	40	10
(6)	0	0	10	0	10	0	10	10	30	40	10	40
(7)	10	0	10	0	20	0	70	90	70	80	60	90

Данные, представленные в таблице 3, позволяют говорить о том, что наиболее «предпочитаемым» цветом у детей трех групп здоровья является желтый (4), что указывает на потребность в позитивной жизненной перспективе. Дети ГЗ-1 выбирают желтый на первые позиции в 50% случаев, ГЗ-2 – в 70% и ГЗ-3 – в 60% случаев. Наличие серого цвета (0) среди предпочитаемых в группе детей не выявлено.

Следует, однако, отметить, что дети ГЗ-1 в 50% случаев выбирают на первую позицию помимо желтого цвета – фиолетовый (5), что указывает на потребность в привязанности, эмоциональной зависимости. На втором и третьем месте предпочтений у детей ГЗ-1 оказываются зеленый (2) – 40% и красный (3) – 30% соответственно. Дети ГЗ-2 на второе место среди «предпочитаемых» цветов в 50% случаев выбирают фиолетовый цвет. У детей ГЗ-3 второе место по частоте выбора после желтого цвета занимает красный – 40%, третье место – фиолетовый – 30%. Следует обратить внимание на то, что потребность в привязанности (фиолетовый цвет) выражена у половины детей ГЗ-1 и ГЗ-2, тогда как у детей ГЗ-3 – только в 30% случаев. Кроме того, у детей ГЗ-1 коричневый цвет (6), являющийся сенсорным индикатором телесных проявлений, вообще не представлен по сравнению с выбором детей ГЗ-2 и ГЗ-3; у детей ГЗ-3 отмечается также незначительная тенденция к выбору черного цвета (7) среди

«предпочитаемых». Подобного рода закономерность может являться маркером, сигнализирующим у детей ГЗ-2 и ГЗ-3 о телесном неблагополучии в связи с соматической патологией, что, в свою очередь, запускает протестные реакции.

По сравнению с детьми, у подростков отсутствует тенденция к выбору на первые позиции коричневого и черного цветов. У подростков ГЗ-1 и ГЗ-2 сохраняется потребность в привязанности, выявленная у детей ГЗ-1 и ГЗ-2, и представлена в 50% случаев. У подростков ГЗ-3 потребность в привязанности уменьшается по сравнению с детьми и выбирается на первые две позиции в 20% случаев. Потребность в позитивной жизненной перспективе (желтый цвет) возрастает у подростков ГЗ-1 до 80% (дети ГЗ-1 выбирают желтый цвет на первые две позиции в половине случаев), а у подростков ГЗ-2 снижается и составляет 50%, тогда как у подростков ГЗ-3 выраженность данной потребности не изменяется и соответствует выбору желтого цвета на «принимаемые» позиции в 60% случаев.

У подростков ГЗ-3 по сравнению с детьми той же группы здоровья возрастает потребность в активности: красный цвет оказывается на предпочитаемых позициях в 70% случаев (по сравнению с 40% у детей ГЗ-3). Также более выраженной становится потребность в самоутверждении (зеленый цвет) – 30% по сравнению с 20% у детей ГЗ-3. Полученные результаты могут указывать на стратегии компенсации соматического неблагополучия у подростков ГЗ-3.

У подростков трех групп здоровья имеется тенденция к выбору серого цвета на первые позиции, что может быть связано с потребностью в защите. Более выражена указанная потребность у подростков ГЗ-2 и соответствует выбору данного цвета в 20% случаев. Частота выбора синего цвета на первые позиции снижается у подростков ГЗ-1 и ГЗ-3, тогда как у подростков ГЗ-2 остается на том же уровне.

Таким образом, наиболее предпочитаемым цветом у детей и подростков является желтый. В динамике сохраняется потребность в привязанности у ГЗ-1 и ГЗ-2, отмечается тенденция к формированию потребностей в защите, которая

наиболее выражена у подростков ГЗ-2. У подростков ГЗ-3 значительно увеличивается потребность в активности, а у ГЗ-1 – потребность в позитивной жизненной перспективе. В группе подростков отмечается отсутствие выбора коричневого и черного цветов в позиции «принимаемые».

Согласно данным, представленным в таблице 3, наиболее отвергаемым цветом у детей трех групп здоровья является черный (7). Дети ГЗ-1 и ГЗ-2 выбирают его на последнее место в 70% случаев, дети ГЗ-3 – в 60% случаев. Дети ГЗ-1 и ГЗ-3 по сравнению с детьми ГЗ-2 в два раза чаще (40% против 20%) подавляют защитные тенденции (0), что может указывать на меньшую способность к вытеснению негативных эмоций и большую критичность испытуемых ГЗ-2. Респонденты ГЗ-1 и ГЗ-2 в 40% случаев причисляют синий цвет (1) к «отвергаемым», что указывает на подавление потребности в комфорте, в то время как у детей ГЗ-3 частота данного цвета на двух последних позициях составляет всего 10%. В 40% случаев детьми ГЗ-3 отвергается потребность в привязанности и эмоциональной зависимости (5), тогда как детьми ГЗ-1 и ГЗ-2 – в 20% и 10% случаев соответственно. Детями ГЗ-2 в 20% случаев подавляется потребность в активности (2). Примечательно, что у детей ГЗ-2 коричневый цвет (6) выбирается на последние позиции в 30% случаев, что может указывать на подавление болезненных телесных сигналов.

Как показано в таблице 3, наиболее «отвергаемым» цветом у подростков, так же как и у детей, является черный цвет. У подростков степень отвержения данного цвета значительно возрастает по сравнению с детьми, что наиболее заметно у подростков ГЗ-1 и ГЗ-3 (90% против 70% и 60% соответственно) и менее заметно в ГЗ-2 (80% против 70%). Подростки ГЗ-2 и ГЗ-3, в 40% случаев выбирая коричневый цвет на последние позиции, подавляют болезненные телесные сигналы. Причем, если в ГЗ-2 возрастная динамика незначительна, в ГЗ-3 данный показатель увеличивается на 30%. Данный факт может свидетельствовать о возрастной компенсаторной реакции у подростков ГЗ-3 на собственное соматическое заболевание, что соотносится с результатами, полученными при анализе «принимаемых» цветов. Подростки ГЗ-1 и ГЗ-2

демонстрируют менее выраженное подавление потребности в комфорте (1) (в 30% случаев) по сравнению с детьми тех же групп здоровья (40%), тогда как у подростков ГЗ-3 подавление данной потребности несколько возрастает и проявляется в 20% выборов (по сравнению с 10% у детей). Обращает на себя внимание тот факт, что у подростков трех групп здоровья не подавляется потребность в активности, что может являться следствием возрастных особенностей подросткового возраста.

2.3.2 Результаты исследования аффективных компонентов в структуре репрезентации тела у детей и подростков с различными группами здоровья

Аффективные компоненты в структуре репрезентации тела исследовались с использованием методики «Волшебная страна чувств» в модификации Д.А. Комолова и Ю.В. Чебаковой

Выделены три аффективных компонента в структуре репрезентации тела:

1. Репрезентация телесных потребностей.
2. Эмоциональная нагруженность тела.
3. Эмоциональное отношение к телу.

Обоснование выделенных параметров анализа представлены в подразделе 1.4.1.

Параметр репрезентации телесных потребностей представляет собой площадь занимаемого цвета в схематическом изображении тела человека.

На рисунке 1 представлены показатели средних значений по параметру «телесная репрезентация потребностей» у детей и подростков с различными группами здоровья.

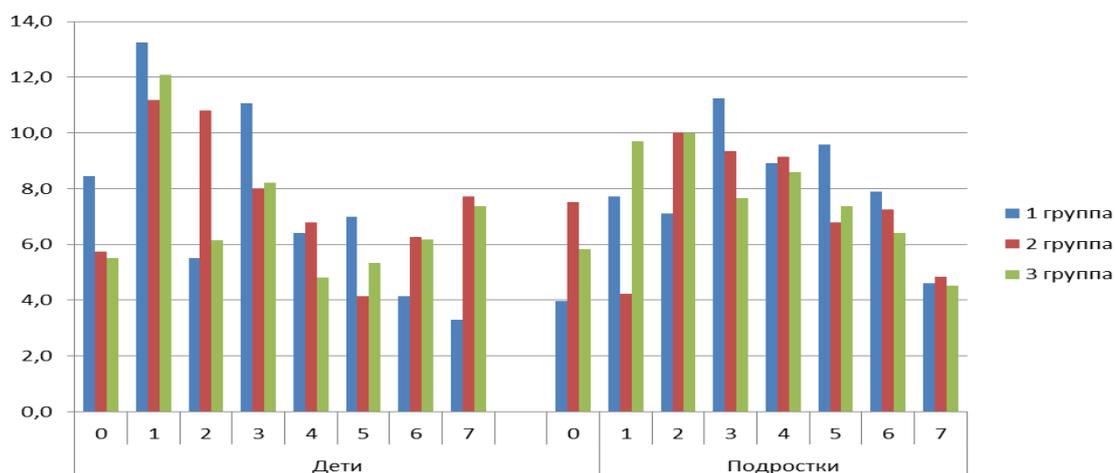


Рисунок 1 – Средние значения телесной репрезентации потребностей в методике «Волшебная страна чувств» у детей и подростков с различными группами здоровья

Как видно из рисунка 1, в целом показатели детей ГЗ-2 и ГЗ-3 по площади занимаемых цветов более схожи, в отличие от показателей детей ГЗ-1. Наибольшую площадь у детей трех групп здоровья занимает синий цвет (1). У детей ГЗ-1 на втором месте оказывается красный цвет (3), на третьем месте – серый (0). Статистически значимые различия по площади фиолетового цвета получены в ГЗ-1 и ГЗ-2. Площадь данного цвета больше у детей ГЗ-1 ($p = 0,02$). У детей ГЗ-1 в отличие от детей ГЗ-2 и ГЗ-3 статистически значимые различия зарегистрированы по площади серого цвета ($p = 0,05$), что указывает на наличие защитных тенденций у респондентов данной группы здоровья, и выражается в меньшей площади коричневого (6) и черного (7) цветов по сравнению с детьми ГЗ-2 и ГЗ-3. Сочетание красного и фиолетового цветов на ведущих позициях у детей ГЗ-1 указывает на сочетание потребности в активности и потребности в слиянии, что свидетельствует о тенденции к сепарации.

У детей ГЗ-2 на втором месте по занимаемой площади в теле оказывается зеленый цвет (2), на третьем месте – красный (3). Между детьми ГЗ-2 и детьми ГЗ-1 и ГЗ-3 обнаружены статистически подтвержденные различия по площади зеленого цвета ($p = 0,05$), что указывает на потребность детей данной группы в самоутверждении.

У детей ГЗ-3 второе место по площади занимает красный цвет, а третье место занимает черный цвет. У детей ГЗ-3 распределение площади цветов более

равномерно, чем у детей ГЗ-1 и ГЗ-2, черный цвет на третьем месте указывает на фрустрацию потребностной сферы, что в сочетании с позициями первых цветов (синий и красный), указывает на конфликт потребностей в заботе и внимании, и желании освободиться от внимания.

Между детьми ГЗ-1 и ГЗ-3 различий не обнаружено.

Гендерные различия в группе детей в целом обнаружены по площади фиолетового цвета. У мальчиков данный цвет занимает большую площадь тела, чем у девочек ($p = 0,03$).

Различия между мальчиками и девочками в ГЗ-1 обнаружены по площади коричневого цвета, она больше у девочек ($p = 0,04$). В ГЗ-2 и ГЗ-3 по гендерному признаку различий в площади цвета не обнаружено.

Как показано на рисунке 1, средние значения телесной репрезентации потребностей у подростков трех групп здоровья более равномерны. Подростки в отличие от детей используют более разнообразную палитру цветов для раскрашивания силуэта человека. Также как и у детей ГЗ-2 и ГЗ-3, у подростков тех же групп здоровья показатели по ряду цветов очень близки между собой.

У подростков ГЗ-1 первое место по площади цвета занимает красный (3), на втором месте фиолетовый цвет (5) и на третьем месте желтый цвет (4), причем площади красного и фиолетового цвета у подростков ГЗ-1 выше, чем у подростков ГЗ-2 и ГЗ-3 (11,3 по сравнению с 9,4 и 7,7 соответственно; 9,6 по сравнению с 6,8 и 7,4 соответственно). Зеленый цвет в телесной репрезентации у подростков ГЗ-1 представлен меньше, чем у подростков ГЗ-2 и ГЗ-3, что может указывать на снижение их потребности в самоутверждении. При этом показатель серого цвета в ГЗ-1 статистически значимо ниже, чем в ГЗ-2 и ГЗ-3 ($p = 0,05$ и $p = 0,02$ соответственно), что указывает на снижение защитных тенденций в данной группе респондентов.

Сравнительный анализ детей и подростков ГЗ-1 показывает, что конфликт потребностей, связанных с сепарацией, у подростков данной группы здоровья сохраняется, при этом площадь фиолетового цвета возрастает (9,6 в сравнении с 7,0). Тенденция к использованию серого (0) цвета (потребность в защите)

становится меньше, чем у детей ГЗ-1, тогда как тенденция к использованию черного и коричневого цветов возрастает, что может быть связано с кризисом подросткового возраста.

У подростков ГЗ-2 наиболее высокие показатели зарегистрированы в использовании зеленого цвета (2), красного цвета (3) и желтого цвета (4), что указывает на преобладание потребностей в самоутверждении, активности и положительной жизненной перспективе. Подростки ГЗ-2 синий цвет (1) используют статистически значительно меньше, чем подростки ГЗ-1 и ГЗ-3 ($p = 0,05$ и $p = 0,03$ соответственно), тогда как показатель использования серого цвета у подростков ГЗ-2 статистически выше, чем у ГЗ-1 и ГЗ-3 ($p = 0,04$ и $p = 0,05$ соответственно). Снижение синего цвета и повышение серого в телесной репрезентации указывает на потребность в защите и психофизиологическом комфорте у подростков данной группы здоровья.

Сравнение детей и подростков ГЗ-2 показывает, что потребность в психофизиологическом комфорте (площадь синего цвета) у подростков снижается (4,2 против 11,2). Площадь черного цвета у подростков указанной группы здоровья по сравнению с детьми становится меньше (7,7 у детей против 4,9 у подростков). По сравнению с детьми у подростков ГЗ-2 отмечается возрастание площади желтого (9,2 против 6,8), фиолетового (6,8 против 4,2) и серого (7,5 против 5,8) цветов.

Подростки ГЗ-3 в процессе раскрашивания силуэта человека в большей степени используют зеленый цвет (2), на втором месте по занимаемой площади оказывается синий цвет (1) и на третьем месте – желтый цвет (4). Площадь синего цвета у подростков ГЗ-3 по сравнению с подростками ГЗ-1 и ГЗ-2 больше (9,7 в сравнении с 7,7 и 4,2 соответственно), что указывает на потребность подростков ГЗ-3 в спокойствии и психофизиологическом комфорте. У подростков данной группы здоровья наблюдается тенденция к уменьшению площади коричневого и черного цветов по сравнению с подростками ГЗ-1 и ГЗ-2.

В сравнении с детьми ГЗ-3 площадь черного цвета у подростков уменьшается (4,5 против 7,4), что может указывать на уменьшение степени

фрустрированности аффективно-потребностной сферы. У подростков ГЗ-3 возрастает площадь зеленого цвета (10,0 против 6,2), что может указывать на увеличение потребности в самоутверждении. Увеличение площади желтого цвета у подростков ГЗ-3 по сравнению с детьми (8,6 против 4,8) указывает на возрастание у респондентов ГЗ-3 потребности в позитивной жизненной перспективе.

Несмотря на то, что статистически значимых различий в возрастной динамике телесной репрезентации потребностей обнаружено не было, выше был описан качественный анализ указанных различий. Также в целом в группе подростков, в отличие от группы детей, выявлено возрастание площадей желтого и фиолетового цветов, что может указывать на значимость характерной для подросткового возраста потребности в интимно-личностном общении.

Гендерных различий по площади цвета внутри группы подростков не обнаружено.

Гендерные различия без учета возрастного фактора были обнаружены в ГЗ-1 по площади коричневого цвета, которая больше у девочек ($p = 0,02$). В ГЗ-2 обнаружены различия по площади серого цвета, которая также больше у девочек ($p = 0,03$). Гендерных различий в ГЗ-3 по площади цвета обнаружено не было.

Параметр эмоциональной нагруженности (ЭН) тела в целом и его частей определяется количеством цветов, используемых в процессе раскрашивания силуэта человека. Кроме количественной составляющей данного параметра в виде числа используемых цветов, учитывалось также его качественное содержание в виде использования при раскрашивании только основных цветов (положительная эмоциональная нагрузка (ЭН+), или сочетания основных и дополнительных цветов или только дополнительных (отрицательная эмоциональная нагрузка (ЭН-) в соответствии с тестом М. Люшера.

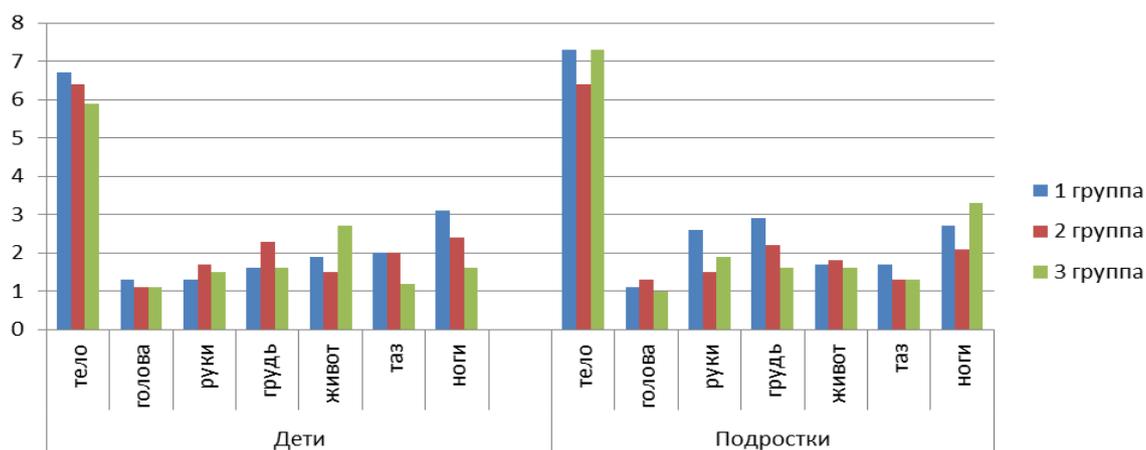


Рисунок 2 – Средние показатели эмоциональной нагруженности тела его частей в методике «Волшебная страна чувств» у детей и подростков с различными группами здоровья

Как видно из рисунка 2, эмоциональная нагруженность тела в целом у детей ГЗ-1 больше, чем у детей ГЗ-2 и ГЗ-3. Наиболее эмоционально нагруженными у детей ГЗ-1 оказываются ноги, живот, таз и грудь. Дети ГЗ-1 для окрашивания ног используют больше цветов, по сравнению с детьми двух других групп здоровья. Статистически значимые различия по данному параметру были получены при сравнении детей ГЗ-1 и ГЗ-3 ($p = 0,02$).

У детей ГЗ-2 эмоциональная нагруженность тела несколько меньше, чем у детей ГЗ-1. Дети ГЗ-2 для раскрашивания груди используют большее количество цветов, чем дети двух других групп здоровья, на втором месте по количеству используемых цветов оказываются ноги, на третьем – таз. Статистически значимые различия были получены между ГЗ-2 и ГЗ-3 по параметру «груди» ($p = 0,04$) и «таза» ($p = 0,04$).

У детей ГЗ-3 эмоциональная нагруженность тела в целом и его частей меньше, чем у детей ГЗ-1 и ГЗ-2, за исключением живота, нагруженность которого больше, чем у детей двух других групп. Для детей ГЗ-3 эмоционально значимыми частями тела оказываются живот, грудь, руки, затем ноги. Статистически значимые различия были получены между ГЗ-3 и ГЗ-2 ($p = 0,05$).

Гендерные различия в целом в группе детей зарегистрированы у мальчиков, которые используют зеленый цвет чаще при раскрашивании таза ($p = 0,01$), чем девочки.

Гендерные различия внутри групп здоровья были обнаружены у детей ГЗ-2 и ГЗ-3. В ГЗ-2 девочки чаще используют черный цвет при раскрашивании таза ($p = 0,03$), чем мальчики. В ГЗ-3 девочки используют синий цвет больше при раскрашивании таза ($p = 0,02$), чем мальчики.

Как видно из рисунка 2, эмоциональная нагруженность тела в целом у подростков ГЗ-1 и ГЗ-3 находится на одном уровне и превышает показатели (ЭН) подростков ГЗ-2.

Наиболее эмоционально нагруженными у подростков ГЗ-1 оказываются грудь, ноги и руки. Подростки ГЗ-1 для окрашивания груди, рук и таза используют больше цветов, по сравнению с подростками двух других групп здоровья. Статистически значимые различия по (ЭН) груди были получены при сравнении подростков ГЗ-1 и ГЗ-2 ($p = 0,02$), ГЗ-1 и ГЗ-3 ($p = 0,03$).

У подростков ГЗ-2 (ЭН) тела меньше, чем у ГЗ-1 и ГЗ-3. Подростки ГЗ-2 для раскрашивания ног и рук используют меньшее количество цветов, чем подростки ГЗ-1 и ГЗ-3; (ЭН) груди у них ниже, чем у подростков ГЗ-1, однако, эмоциональная нагруженность головы и живота несколько выше, чем у подростков двух других групп.

У подростков ГЗ-3 эмоциональная нагруженность ног больше, чем у подростков ГЗ-1 и ГЗ-2, а (ЭН) рук больше, чем у подростков ГЗ-2. Для подростков ГЗ-3 эмоционально значимыми частями тела оказываются ноги, руки и живот. (ЭН) таза у подростков ГЗ-3 имеет схожие показатели, что и у подростков ГЗ-2.

Гендерные различия в целом в группе подростков обнаружены между мальчиками и девочками при раскрашивании таза. Девочки чаще используют коричневый цвет, чем мальчики ($p = 0,02$).

Гендерные различия внутри групп здоровья были обнаружены у подростков ГЗ-1. Девочки используют больше цветов при раскрашивании таза, чем мальчики ($p = 0,02$).

У подростков ГЗ-1 и ГЗ-3 по сравнению с детьми ГЗ-1 и ГЗ-3 возрастает эмоциональная нагруженность тела в целом (7,3 против 6,7 и 7,3 против 5,9),

причем, согласно представленным данным, (ЭН) тела у подростков ГЗ-3 увеличилась больше, чем у подростков ГЗ-1, тогда как у подростков ГЗ-2 (ЭН) тела в целом осталась на том же уровне, что и у детей ГЗ-2 (6,4).

В сравнении с детьми ГЗ-1 у подростков той же группы здоровья увеличивается (ЭН) рук и груди (2,6 против 1,3 и 2,9 против 1,6 соответственно), что также было подтверждено статистически ($p = 0,02$, и $p = 0,03$ соответственно). Увеличение значений по данному параметру может быть обусловлено значимостью указанных частей тела в подростковом возрасте.

У подростков ГЗ-2 по сравнению с детьми ГЗ-2 отмечается снижение показателей (ЭН) рук, груди, таза и ног, причем для параметра «таз» снижение (ЭН) наиболее выражено (1,3 против 2,0). Статистически было подтверждено, что дети ГЗ-2 для параметра «таз» используют больше цветов, чем подростки ГЗ-2 ($p = 0,04$). Незначительное увеличение (ЭН) головы и живота отмечается у подростков ГЗ-2 по сравнению с детьми той же группы здоровья (1,3 против 1,1 и 1,8 против 1,5 соответственно).

По сравнению с детьми ГЗ-3 у подростков значимость параметра «ноги» возросла почти в два раза (3,3 в сравнении с 1,6), что также было подтверждено статистически ($p = 0,02$). У подростков ГЗ-3 по сравнению с детьми той же группы здоровья увеличилась (ЭН) рук (1,9 против 1,5), что может быть связано с освобождением подростков ГЗ-3 от родительской опеки и направленностью на общение со сверстниками. Эмоциональная нагруженность живота у подростков данной группы по сравнению с детьми ГЗ-3 становится меньше (1,6 против 2,7).

Гендерных различий при сравнении детей и подростков по группам здоровья выявлено не было.

Гендерные различия без учета возрастного факторы были выявлены у мальчиков при раскрашивании таза: они, в отличие от девочек, чаще используют зеленый цвет ($p = 0,03$).

В таблице 4 представлены процентные показатели положительной и отрицательной эмоциональной нагруженности частей тела для детей и подростков трех групп здоровья.

Таблица 4 – Процентные показатели положительной и отрицательной эмоциональной нагруженности частей тела в методике «Волшебная страна чувств» у детей и подростков с различными группами здоровья

Части тела	Дети						Подростки					
	ГЗ-1		ГЗ-2		ГЗ-3		ГЗ-1		ГЗ-2		ГЗ-3	
	ЭН+	ЭН–	ЭН+	ЭН–	ЭН+	ЭН–	ЭН+	ЭН–	ЭН+	ЭН–	ЭН+	ЭН–
Голова	30	70	80	20	60	40	80	20	50	50	70	30
Руки	80	20	60	40	40	60	30	70	60	40	60	40
Грудь	60	40	50	50	30	70	50	50	20	80	60	40
Живот	70	30	40	60	20	80	60	40	30	70	70	30
Таз	50	50	20	80	40	60	50	50	30	70	40	60
Ноги	10	90	30	70	60	40	20	80	30	70	0	100

Как показано в таблице 4, в целом (ЭН–) реже отмечается у детей ГЗ-1 (2 параметра из 6), тогда как по мере ухудшения здоровья (к ГЗ-2 и ГЗ-3) отрицательная эмоциональная нагруженность частей тела возрастает (3 параметра из 6 и 4 параметра из 6 соответственно). При этом по параметру «ноги» наблюдается снижение (ЭН–) от первой группы здоровья к третьей. По параметрам «руки», «грудь», живот» наблюдается снижение (ЭН+) от первой группы здоровья к третьей. Из таблицы также заметно, что параметр «голова» имеет выраженную отрицательную нагрузку в ГЗ-1 и, наоборот, выраженную положительную нагрузку в ГЗ-2, в то время как в ГЗ-3 рассматриваемая часть тела имеет примерно равное распределение положительной и отрицательной нагрузки у респондентов. В ГЗ-2 наиболее отрицательно эмоционально нагруженными оказывается нижняя половина тела (таз и ноги). В ГЗ-3 (ЭН–) охватывает область «внутренней телесности» (грудь, живот), что может быть связано с часто встречающимися в данной группе респондентов заболеваниями сердечно-сосудистой, дыхательной системы и желудочно-кишечного тракта. Опишем содержательные особенности (ЭН+) и (ЭН–) в каждой группе более подробно.

У детей ГЗ-1 наиболее ярко проявляется положительная эмоциональная нагруженность рук (80%) и отрицательная эмоциональная нагруженность головы (70%) и ног (90%).

Преобладающими цветами для рук в ГЗ-1 являются красный цвет (50%), синий цвет (30%) и зеленый цвет (20%), что в целом указывает на готовность к активному, спокойному и уверенному общению у детей данной группы здоровья. Соотнесение используемых для раскрашивания рук цветов с эмоциями у детей ГЗ-1 (второй этап представленной методики) указывает на большую вариативность различных эмоций для данной части тела. Наиболее частотными эмоциями выступают «удовольствие» (30%), радость (20%), «интерес» (20%). Таким образом, преимущественно встречаются эмоции положительного спектра, хотя регистрируются и единичные случаи связи положительно нагруженного цвета с отрицательной эмоцией.

Параметр «голова» у детей ГЗ-1 имеет отрицательную эмоциональную нагрузку; преобладающими цветами являются фиолетовый цвет (40%) и серый цвет (30%). Примечательно, что дети ГЗ-1 не использовали для раскрашивания головы коричневый и черный цвета. Также, как и для параметра «руки», отмечается большой разброс эмоций для данной части тела, что может указывать на их недостаточную дифференцированность у детей изучаемой возрастной группы.

Преобладающими цветами при раскрашивании ног у детей ГЗ-1 являются черный цвет (60%) и фиолетовый цвет (60%). Сочетания черного и фиолетового цветов наблюдается в 40% случаев, вероятно, указывающего на отрицание потребности в зависимости; черного и желтого цветов – в 40%, предположительно, свидетельствующего о негативной окраске жизненной перспективы; фиолетового и зеленого цветов – в 40% случаев, что может служить индикатором сепарационного конфликта. Связь эмоций с указанными сочетаниями цветов также характеризуется большой вариативностью, однако, была установлена закономерность между черным цветом и злостью в 40% случаев.

Качественный анализ эмоциональной нагруженности частей тела у детей ГЗ-2 указывает на (ЭН+) для параметра «голова» (80%), а также на (ЭН-) для параметров «таз» (80%) и «ноги» (70%).

Параметр «голова» у детей ГЗ-2 в отличие от детей ГЗ-1 обладает положительной эмоциональной нагрузкой с преобладанием синего цвета (40%) и желтого цвета (30%). Следует отметить, что дети ГЗ-2 не использовали для раскрашивания головы серый, коричневый и черный цвета. Анализ соотношения обозначенных цветов с эмоциями характеризуется вариативностью предпочтений и позволяет выявить их взаимосвязь с «радостью» в 30% случаев и «интересом» в 20% случаев.

У детей ГЗ-2 параметр «таз» обладает отрицательной эмоциональной нагрузкой: при раскрашивании данной части тела в 60% случаев использован черный цвет. Взаимосвязь цвета и конкретной эмоции для указанной части тела обнаружить не удалось в виду высокой вариативности.

Наиболее используемыми для раскрашивания ног у детей ГЗ-2 являются серый цвет (30%), фиолетовый цвет (30%), коричневый цвет (60%). Конфликтное сочетание цветов распределено следующим образом: коричневый цвет в сочетании с красным цветом (30%), коричневый цвет в сочетании с зеленым (30%). Указанное сочетание цветов свидетельствует о стремлении к активности и самоутверждении, которым препятствует чувственный (болевой) опыт. Несмотря на то, что устойчивой закономерности связи цвета и эмоции у детей ГЗ-2 обнаружено не было, следует отметить, что у всех детей ГЗ-2 использованные при раскрашивании ног цвета соотносились только с отрицательными эмоциями, такими как грусть, обида, вина и страх.

У детей ГЗ-3 (ЭН-) имеет наиболее высокий процент для параметров «грудь» (70%) и «живот» (80%). Выраженной положительной эмоциональной нагруженности для какой-либо части тела у детей ГЗ-3 обнаружено не было.

Преобладающими цветами для параметра «грудь» у детей ГЗ-3 являются черный цвет (20%), серый цвет (20%) и фиолетовый цвет (20%). Выраженного конфликтного сочетания цветов при раскрашивании груди обнаружено не было, однако, было замечено, что дети ГЗ-3, имеющие заболевания сердечно-сосудистой системы, так или иначе обозначали на рисунке область диагностированной у них соматической патологии. Соотношение цвета и эмоции

для данной части тела указывает на «удовольствие» в 30% случаев, что может быть связано с высоким уровнем гиперопеки у детей ГЗ-3.

Область живота у детей ГЗ-3 в 40% случаев окрашена в коричневый цвет и в 40% случаев – в черный цвет. В процессе анализа медицинских карт было обнаружено, что дети, имеющие в анамнезе заболевания желудочно-кишечного тракта, чаще других респондентов использовали при раскрашивании живота указанные цвета, что может указывать на наличие у них сенсорного (болевого) опыта и фиксацию на соматической патологии. Устойчивой закономерности между указанными цветами и эмоцией проследить не удалось, однако, у детей ГЗ-3 отмечается амбивалентное эмоциональное отношение к данной части тела с использованием положительных и отрицательных эмоций.

Как показано в таблице 4, в целом у подростков ГЗ-1 (ЭН+) и (ЭН–) распределяются более гармонично по сравнению с группой ГЗ-2 при наименьших показателях (ЭН–) у ГЗ-3 (1 параметр из 6 против 2 параметров из 6 соответственно), тогда как у подростков ГЗ-2 (ЭН–) наиболее представлена (4 параметра из 6). По параметру «ноги» у подростков ГЗ-3 наблюдается (ЭН–) в 100% случаев. Из таблицы также заметно, что по параметрам «голова», «руки», «грудь», живот» наиболее высокие показатели (ЭН+) зарегистрированы у подростков ГЗ-3. Содержательные особенности (ЭН+) и (ЭН–) для каждой группы здоровья подростков представлены ниже.

У подростков ГЗ-1 наиболее ярко проявляется положительная эмоциональная нагруженность головы (80%) и отрицательная эмоциональная нагруженность рук (70%) и ног (80%).

Преобладающими цветами для параметра «голова» в ГЗ-1 являются красный цвет (30%) и желтый цвет (30%). Анализ соотношения обозначенных цветов с эмоциями выявил меньшую по сравнению с детьми ГЗ-1 вариативность предпочтений. Установлена взаимосвязь красного цвета с «обидой» у всех респондентов, выбравших данный цвет для раскрашивания головы; желтого цвета – с «радостью» также в 100% случаев. Таким образом, у подростков ГЗ-1

эмоционально-потребностная сфера становится более дифференцированной по сравнению с детьми той же группы здоровья.

Наиболее используемыми цветами для раскрашивания рук у подростков ГЗ-1 являются фиолетовый цвет (50%) и черный цвет (30%). Конфликтное сочетание цветов было распределено следующим образом: красный цвет в сочетании с фиолетовым цветом (40%), что указывает на амбивалентность потребностей в активности и интимно-личностном общении; фиолетовый цвет в сочетании с черным цветом (30%), что может быть связано с отрицанием потребности в зависимости. Таким образом, руки для подростков ГЗ-1 становятся нагруженными амбивалентными эмоциями, связанными с подростковым конфликтом. Анализ сочетания цветов и эмоций показал, что в 70% случаев подростки ГЗ-1 соотносили указанные выше цвета с негативными эмоциями (злость, страх, вина, обида).

Преобладающими цветами для параметра «ноги» у подростков ГЗ-1 являются черный цвет (60%), фиолетовый цвет (40%) и коричневый цвет (30%). Обнаружено конфликтное сочетание цветов для данного параметра: черный цвет в сочетании с синим цветом (40%), что может указывать на отрицание потребности в спокойствии; черный цвет в сочетании с зеленым цветом (40%), что может указывать на конфликт в структуре самооценки. Несмотря на вариативность связи цвета и эмоции, примечательно, что подростки ГЗ-1 соотносили цвет с негативными эмоциями в 70% случаев.

У подростков ГЗ-2 отмечается выраженная отрицательная эмоциональная нагруженность следующих параметров: «грудь» (80%), «живот» (70%), «таз» (70%), «ноги» (70%).

В процессе анализа параметра «грудь», было обнаружено, что наиболее используемым является фиолетовый цвет (60%). В 40% случаев у подростков данной группы здоровья зарегистрировано конфликтное сочетание фиолетового и зеленого цветов, что может указывать на наличие сепарационного конфликта. Устойчивой связи цвета и эмоции для данного параметра обнаружено не было,

однако, в 40% случаев цвет соотносится с отрицательными эмоциями (вина, страх, злость).

Наиболее часто используемыми цветами для параметра «живот» у респондентов ГЗ-2 являются фиолетовый цвет (40%) и коричневый цвет (30%). Выраженного конфликтного сочетания цветов для данного параметра не прослеживается. Устойчивой связи цвета с определенной эмоцией не наблюдается, тем не менее, в 50% случаев отмечается связь цвета с негативными эмоциями.

Преобладающими цветами для параметра «таз» у подростков ГЗ-2 являются фиолетовый цвет (40%) и коричневый цвет (30%). Конфликтного сочетания цветов для указанной части тела обнаружено не было. В 50% случаев указанные цвета сочетаются у подростков с отрицательными эмоциями (вина, страх, обида, грусть).

Параметр «ноги» у подростков ГЗ-2 представлен следующими цветами: черный цвет (40%), коричневый цвет (30%), серый цвет (30%). Конфликтное сочетание цветов выражается в сочетании красного и черного цветов в 20% случаев, что, предположительно, связано с фрустрированной потребностью в активности. Связь цвета и эмоции у подростков данной группы здоровья проявляется в двойственности предпочтений по отношению к черному цвету: с одной стороны, в 30% случаев данный цвет соотносится со «страхом», с другой – в 30% случаев соотносится с «интересом». В целом параметр «ноги» у подростков ГЗ-2 имеет негативную связь цвета и эмоции в 70% случаев.

У подростков ГЗ-3 отмечается выраженная положительная эмоциональная нагруженность параметров «голова» (70%) и «живот» (70%), а также отрицательная эмоциональная нагруженность параметра «ноги» (100%).

Параметр «голова» у подростков ГЗ-3 представлен следующими цветами: желтый цвет (40%), зеленый цвет (20%). Анализ соотношения обозначенных цветов с эмоциями выявил, что в 40% случаев указанные цвета соотносятся с «интересом», что указывает на более четкую связь цвета и эмоции у подростков ГЗ-3 по сравнению с детьми той же группы здоровья.

Преобладающими цветами для параметра «живот» являются: зеленый цвет (30%) и красный цвет (30%). Четкой связи между цветом и эмоцией по данному параметру установлено не было.

У подростков ГЗ-3 в 100% случаев наблюдается выраженная отрицательная эмоциональная нагруженность по параметру «ноги».

Преобладающими цветами для данного параметра являются фиолетовый цвет (70%), коричневый цвет (50%) и черный цвет (40%). Конфликтные сочетания цветов представлены следующими парами: фиолетовый цвет и красный цвет (50%), что указывает на конфликт потребностей в активности и слиянии; фиолетовый цвет и коричневый цвет (40%), что, предположительно, свидетельствует о наличии сенсорного (болевого) опыта и потребности в опеке и уходе со стороны близкого окружения, что препятствует возникновению характерного для подросткового возраста сепарационного конфликта. Также обнаружены конфликтные сочетания фиолетового цвета и серого цвета (30%) и фиолетового цвета и черного цвета (30%), что раскрывает дополнительные особенности сепарационного конфликта в виде стремления к слиянию и защите, с одной стороны, и отрицание потребности в заботе (желании освободиться от гиперопеки, связанной с соматическим неблагополучием), с другой стороны. У подростков ГЗ-3 по параметру «ноги» прослеживается связь между цветом и эмоцией. Удалось установить, что представленные выше цвета в 50% случаев связаны с «грустью» и в 30% случаев – со «страхом».

В отличие от детей ГЗ-1 у подростков той же группы здоровья параметр «голова» меняет знак эмоциональной нагруженности от (ЭН-) (70%) к (ЭН+) (80%), тогда как для параметра «руки» характерна обратная закономерность (80% против 70% соответственно). Отрицательная эмоциональная нагруженность ног у подростков ГЗ-1 становится меньше на 10%.

У подростков ГЗ-2 в сравнении с детьми ГЗ-2 возросла (ЭН-). К имеющимся у детей отрицательно нагруженным параметрам «таз» и «ноги» у подростков прибавились параметры «грудь» и «живот». При этом у подростков ГЗ-2 по сравнению с детьми показатель по параметру «грудь» увеличился на 30%,

показатель по параметру «живот» – на 10%, показатель параметра «таз» снизился на 10%, показатель параметра «ноги» остался неизменным.

В ГЗ-3 у подростков по сравнению с детьми той же группы здоровья показатели по ряду параметров сменили знак (ЭН) с отрицательного на положительный. Показатели параметров «голова» и «живот» у подростков приобретают выраженную (ЭН+) по сравнению с детьми. Параметр «ноги» в группе подростков по сравнению с детьми имеет выраженную (ЭН–), что в сравнении с показателями детей ГЗ-3 составляет 100% против 40%.

В целом параметр «ноги» является отрицательно эмоционально нагруженным у детей и подростков, однако, качественное содержание эмоциональной нагрузки данного параметра у детей и подростков различно.

У детей ГЗ-1 параметр «ноги» связан с сепарационным конфликтом, стремлением ухода от зависимости, преобладающей эмоцией для данной части тела является «злость». У подростков ГЗ-1 в динамике (ЭН) указанной части тела выражается в конфликте отрицания потребности в спокойствии, а также конфликте в структуре самооценки, что укладывается в рамки нормативного подросткового возраста. При этом не прослеживается четкой связи между цветом и эмоцией у подростков данной группы здоровья.

У подростков ГЗ-2 так же, как и у детей по отношению к параметру «ноги» сохраняется тенденция к фрустрации потребности в активности. При этом болевой опыт, который выступал в роли сдерживающего активность механизма у детей, отходит на второй план. У подростков ГЗ-2 прослеживается взаимосвязь цвета и эмоции в виде «страха» и «интереса», в равной степени присваиваемых черному цвету, чего не отмечалось у детей той же группы здоровья.

У детей ГЗ-3 (ЭН–) параметра «ноги» выражена в значительно меньшей степени, чем у подростков ГЗ-3. У подростков данная часть тела несет выраженную отрицательную нагрузку; конфликт цветов по данному параметру представлен большим количеством сочетаний, чем для ГЗ-1 и ГЗ-2 и отражает различные аспекты дефицита нормативного для подросткового возраста сепарационного конфликта в виде фрустрации потребности в активности и

слиянии, с одной стороны, и стремлению к слиянию и защите с отрицанием потребности в заботе, с другой стороны. В отличие от сепарационного конфликта подростков ГЗ-1, вписывающегося в нормативный подростковый кризис, соматическое неблагополучие подростков ГЗ-3 создает препятствия для свойственного подростковому возрасту сепарационного конфликта.

Сравнительный анализ качественного содержания (ЭН) детей и подростков выявляет, что у детей, в отличие от подростков, недостаточно дифференцирована эмоциональная сфера, что обуславливает высокую вариативность связи цвета и эмоции.

У подростков регистрируется большее конфликтное сочетание цветов для частей тела, а также прослеживается взаимосвязь цвета с негативными эмоциями в целом.

Подростки, в отличие от детей, чаще используют фиолетовый цвет для обозначения (ЭН-) (6 параметров из 7 описанных в группе подростков). Несмотря на то, что в большинстве случаев фиолетовому цвету в группе подростков присваивались отрицательные эмоции (вина, страх обиды и т.д.), прослеживается тенденция к связи фиолетового цвета с «удовольствием» и «виной», что в процентном соотношении для шести параметров в группе подростков в целом составляет 80% и 90% соответственно.

Таким образом, оценка динамики эмоциональной нагруженности тела и его частей у детей и подростков различных групп здоровья позволяет проследить следующие закономерности. В ГЗ-1 меняется знак эмоциональной нагруженности некоторых частей тела (например, головы), но в целом наблюдается лишь ее незначительное перераспределение. В ГЗ-2 увеличивается зона отрицательной эмоциональной нагруженности различных частей тела; у подростков в нее включается и сфера внутренних органов (грудь, живот). Данный факт может быть связан с наличием критического отношения подростков ГЗ-2 к собственному соматическому неблагополучию. В ГЗ-3 отмечается обратная динамика: увеличивается область положительной эмоциональной нагруженности различных

частей тела (исключение составляет параметр «ноги»), вероятно, обусловленное снижением критичности в связи с повышенной гиперпротекцией.

Параметр эмоционального отношения к телу и его частям (ЭО) представляет собой соотношение площадей цвета для тела в целом и каждой части тела с ранжированием карандашей по предпочтению.

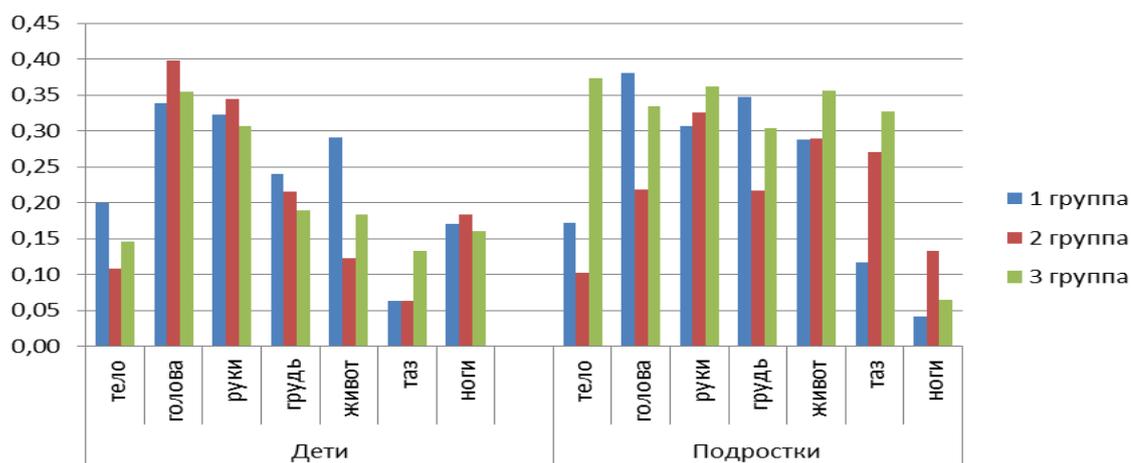


Рисунок 3 – Средние показатели эмоционального отношения к телу и его частям в методике «Волшебная страна чувств» у детей и подростков с различными группами здоровья

Как видно из рисунка 3, показатели эмоционального отношения к телу и его частям у детей ГЗ-1, ГЗ-2 и ГЗ-3 находятся в нейтральной зоне и зоне позитивного отношения (диапазон от 0 до +1). Показатели наиболее позитивного отношения у детей всех трех групп здоровья регистрируются для параметров «голова» и «руки». Наиболее близкие показатели (ЭО) отмечаются у детей ГЗ-1, ГЗ-2 и ГЗ-3 по параметрам «руки» и «ноги».

(ЭО) в целом для тела более негативно для детей ГЗ-2. Статистически значимые различия получены при сравнении показателей по параметру «тело» для детей ГЗ-1 и ГЗ-2 ($p = 0,05$).

В ГЗ-1 (ЭО) наиболее позитивно для параметров «голова», «руки», «живот», «грудь». Между детьми ГЗ-1 и ГЗ-2, ГЗ-1 и ГЗ-3 (ЭО) по параметру «живот» обнаружены статистически значимые различия ($p = 0,03$ и $p = 0,05$ соответственно); в ГЗ-1 эмоциональное отношение более позитивное.

У детей ГЗ-2 более позитивное (ЭО) отмечаются по параметрам «голова», «руки», «грудь», «ноги». По параметрам «голова», «руки» и «ноги» (ЭО) в ГЗ-2 позитивнее, чем в ГЗ-1 и ГЗ-3. В ГЗ-3 более позитивное (ЭО) отмечаются по параметрам «голова», «руки», «грудь», «живот».

Примечательно, что наиболее негативное (ЭО) у детей ГЗ-1 и ГЗ-2 регистрируется по параметру «таз»: значения по данному показателю статистически различаются при сравнении с детьми ГЗ-3 ($p = 0,04$ и $p = 0,04$ соответственно), для которых эмоциональное отношение к тазу более нейтрально.

Гендерные различия внутри групп здоровья были обнаружены у детей ГЗ-2. (ЭО) по параметрам «тело» и «таз» более позитивно у мальчиков, чем у девочек ($p = 0,02$ и $p = 0,01$, соответственно).

Как видно из рисунка 3, показатели эмоционального отношения к телу и его частям у подростков ГЗ-1, ГЗ-2 и ГЗ-3 находятся в нейтральной зоне и зоне позитивного отношения (диапазон от 0 до +1). У подростков трех групп здоровья отмечается большой разброс значений по параметрам, указанным на гистограмме. Наиболее близкие показатели (ЭО) у подростков ГЗ-1, ГЗ-2 и ГЗ-3 регистрируются по параметру «руки».

(ЭО) в целом для тела более позитивно для подростков ГЗ-3, чем ГЗ-1 и ГЗ-2. Статистически значимые различия получены при сравнении показателей по параметру «тело» для подростков ГЗ-1 и ГЗ-3 ($p = 0,03$) и ГЗ-2 и ГЗ-3 ($p = 0,02$).

В ГЗ-1 (ЭО) наиболее позитивно для параметров «голова» и «грудь». Между подростками ГЗ-1 и ГЗ-2 по указанным параметрам обнаружены статистически значимые различия ($p = 0,05$ и $p = 0,05$ соответственно). В ГЗ-1 эмоциональное отношение к «тазу» более негативное, чем в ГЗ-2 и ГЗ-3, что подтверждено статистически ($p = 0,02$ и $p = 0,03$, соответственно).

Примечательно, что наиболее негативное (ЭО) у подростков ГЗ-1 регистрируется по параметру «ноги»: значения по данному показателю статистически различаются при сравнении с детьми ГЗ-2 ($p = 0,05$), для которых эмоциональное отношение к ногам более нейтрально.

У подростков ГЗ-2 более позитивное (ЭО) отмечается по параметрам «руки», живот», «таз» и «ноги». По сравнению с подростками ГЗ-3 более негативное (ЭО) регистрируется по параметрам «голова» и «грудь». По данным параметрам получены статистически значимые различия между ГЗ-2 и ГЗ-3 ($p = 0,05$ и $p = 0,05$ соответственно).

В ГЗ-3 более позитивное (ЭО) отмечаются по параметрам «руки», «живот» и «таз». Статистически было подтверждено, что по параметру «таз» имеются значимые различия в показателях ГЗ-2 и ГЗ-3 ($p = 0,04$).

Гендерные различия внутри групп здоровья были обнаружены у подростков ГЗ-1, ГЗ-2 и ГЗ-3. В ГЗ-1 (ЭО) по параметрам «руки» и «грудь» более позитивно у девочек, чем у мальчиков ($p = 0,05$ и $p = 0,05$, соответственно). В ГЗ-2 (ЭО) по параметру «ноги» более позитивно у мальчиков, чем у девочек ($p = 0,03$). У подростков ГЗ-3 (ЭО) по параметру «руки» более позитивно для мальчиков ($p = 0,01$), а (ЭО) по параметру «ноги» – для девочек ($p = 0,02$).

При анализе динамики эмоционального отношения к телу и его частям обнаружено, что в целом подростки позитивнее оценивают тело, чем дети.

У подростков ГЗ-1 и ГЗ-2 эмоциональное отношение к телу и его частям меняется незначительно. Так же, как и у детей ГЗ-1 и ГЗ-2, показатели (ЭО) подростков тех же групп здоровья остаются в нейтральной зоне, тогда как у подростков ГЗ-3 отмечается рост области позитивного эмоционального отношения по сравнению с детьми ГЗ-3. В динамике показатели (ЭО) менее всего изменяются у подростков ГЗ-1, чуть больше у подростков ГЗ-2, и максимальное увеличение показателей (ЭО) регистрируется у подростков ГЗ-3 по сравнению с детьми, что указывает на более позитивное отношение к телу и его частям подростков данной группы по сравнению с детьми.

По параметру «тело» показатели (ЭО) у детей и подростков ГЗ-1 и ГЗ-2 изменяются незначительно, тогда как между показателями по данному параметру у детей и подростков ГЗ-3 были обнаружены статистически значимые различия ($p = 0,05$).

По параметру «голова» показатели (ЭО) детей и подростков ГЗ-1 и ГЗ-3 практически не изменяются, тогда как у подростков ГЗ-2 показатель по данному параметру снижается, что может указывать на увеличение степени критичности к своему соматическому статусу у подростков ГЗ-2.

Для параметра «руки» показатели детей и подростков трех групп здоровья остаются неизменными.

В ГЗ-1 и ГЗ-3 незначительная положительная динамика отмечается у подростков по сравнению с детьми для параметра «грудь», тогда как в ГЗ-2 динамика по указанному параметру отсутствует.

По параметру «живот» показатели подростков ГЗ-1 по сравнению с детьми ГЗ-1 не изменяются; у подростков ГЗ-2 по сравнению с детьми той же группы здоровья показатели (ЭО) по данному параметру увеличиваются, что было подтверждено статистически ($p = 0,05$). Положительная динамика по данному параметру была обнаружена у подростков ГЗ-3 по сравнению с детьми ГЗ-3, но она выражена в меньшей степени, чем у подростков ГЗ-2.

Положительная динамика по параметру «таз» обнаружена у подростков трех групп здоровья по сравнению с детьми. Наиболее выражена она оказывается для подростков ГЗ-2 и ГЗ-3, что было подтверждено статистически ($p = 0,05$ и $p = 0,05$, соответственно).

Показатели (ЭО) по параметру «ноги» у подростков ГЗ-2 остаются неизменными, тогда как у подростков ГЗ-1 и ГЗ-3 по сравнению с детьми наблюдается снижение показателей по данному параметру, что указывает на менее позитивное эмоциональное отношение к данной части тела.

Статистически было подтверждено, что подростки по сравнению с детьми позитивнее оценивают параметр «таз» ($p = 0,05$), что может быть связано с особенностями возрастного развития.

Гендерные различия без учета возрастного фактора были получены в ГЗ-1: (ЭО) по параметру «таз» более позитивно у мальчиков, чем у девочек ($p = 0,05$). В ГЗ-2 мальчики позитивнее, чем девочки оценивают тело в целом ($p = 0,03$), а

также параметры «таз» ($p = 0,04$) и «ноги» ($p = 0,03$). В ГЗ-3 (ЭО) по параметру «ноги» более позитивно у девочек, чем у мальчиков ($p = 0,05$).

2.3.3 Результаты исследования невербального когнитивного компонента в структуре репрезентации тела у детей и подростков с различными группами здоровья

Особенности невербального когнитивного компонента в структуре репрезентации тела изучались с помощью методики телесных промеров по М. Фельденкрайзу (в модификации И.А. Соловьевой).

Данная методика использовалась с целью выявления степени точности восприятия размеров различных частей тела у детей и подростков с различными группами здоровья. Основным параметром оценки выступало значение по модулю (без учета знака) разницы в показателях между «реальным» и «ощущаемым» телом (величина ошибки).

На рисунке 4 представлены значения по модулю разницы в показателях между «реальными» и «ощущаемыми» размерами различных частей тела у детей трех групп здоровья.

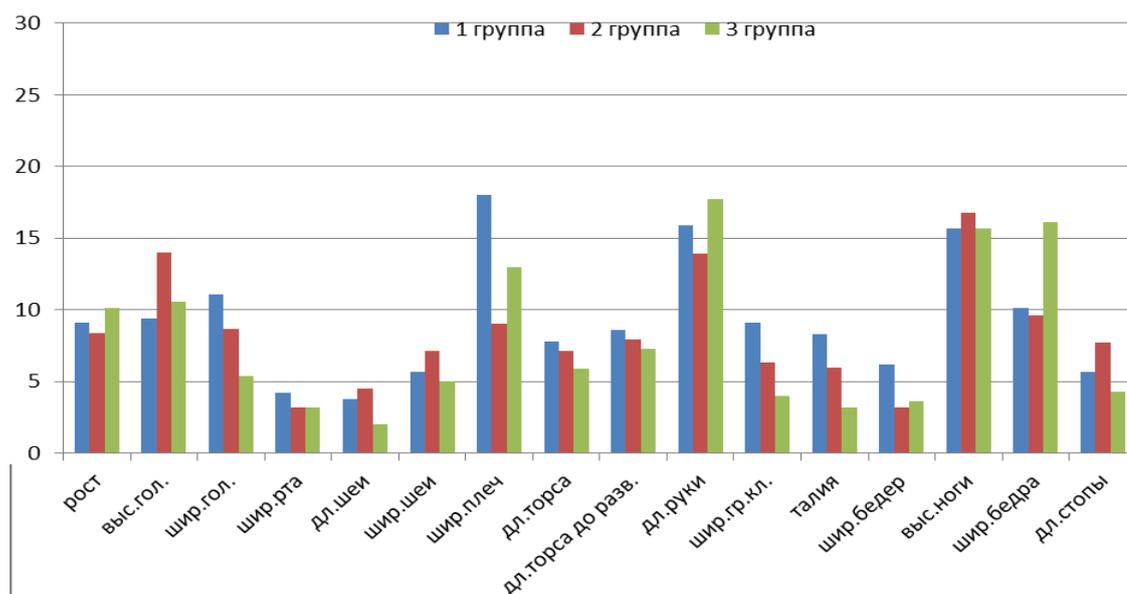


Рисунок 4 – Величина ошибки между «реальным» и «ощущаемым» телом в методике телесных промеров по М. Фельденкрайзу у детей с различными группами здоровья

Результаты, полученные в процессе проведения методики телесных промеров по М. Фельденкрайзу в группе детей, позволяют в целом говорить о том, что ошибки в определении размеров частей собственного тела представлены у детей трех групп здоровья. Наиболее заметна разница в показателях по параметрам: «ширина плеч», «длина руки», «высота головы». Однако величина ошибки в показателях наиболее заметна у детей ГЗ-1.

Как представлено на рисунке 10, дети ГЗ-1 демонстрируют более выраженную величину ошибки по сравнению с детьми двух других групп здоровья по показателям: «ширина плеч», «ширина головы», «ширина рта», «ширина грудной клетки», «талия», «ширина бедер», «длина торса», «длина торса до развилки». У детей ГЗ-2 обнаруживается большая величина ошибки по параметрам: «высота головы», «высота ноги», «длина стопы», «длина шеи», «ширина шеи». Разница в показателях между «реальным» и «ощущаемым» телом у детей ГЗ-3 наблюдается, по сравнению с показателями ГЗ-1 и ГЗ-2, по показателям: «рост», «длина руки», «ширина бедра».

Статистически значимые различия выявлены при сравнении показателей детей ГЗ-1 и ГЗ-2. Величина ошибки по параметру «ширина плеч» больше у детей ГЗ-1 ($p = 0,05$). В процессе сравнения показателей детей ГЗ-1 и ГЗ-3 выявлена большая выраженность величины ошибки у детей ГЗ-1 в параметрах: «ширина головы» ($p = 0,05$), «талия» ($p = 0,01$). Статистически значимых различий между показателями ГЗ-2 и ГЗ-3 не обнаружено.

Анализ величины ошибки в оценке собственного тела у мальчиков и девочек ГЗ-1 позволяет увидеть, что по показателю «рост» девочки допускают больше ошибок, чем мальчики ($p = 0,01$), а по показателю «длина стопы» наблюдается обратная тенденция – мальчики допускают больше ошибок при оценке этого параметра, чем девочки ($p = 0,03$). В процессе сравнения результатов мальчиков и девочек ГЗ-2 было выявлено, что большая выраженность величины ошибки по параметру «длина торса» наблюдается у мальчиков ($p = 0,05$). Значимых различий между мальчиками и девочками ГЗ-3 выявлено не было.

Отсутствие гендерных различий в данной группе может указывать на возможное отставание в психосоматическом развитии.

Следует отметить, что показатели детей трех групп здоровья характеризуются неоднородностью и неравномерностью в распределении ошибок при оценке параметров собственного тела, в целом не связанной с фактором группы здоровья. Полученные результаты могут быть обусловлены особенностями детского возраста и отражать характерную для него недостаточную сформированность когнитивных представлений о собственном теле.

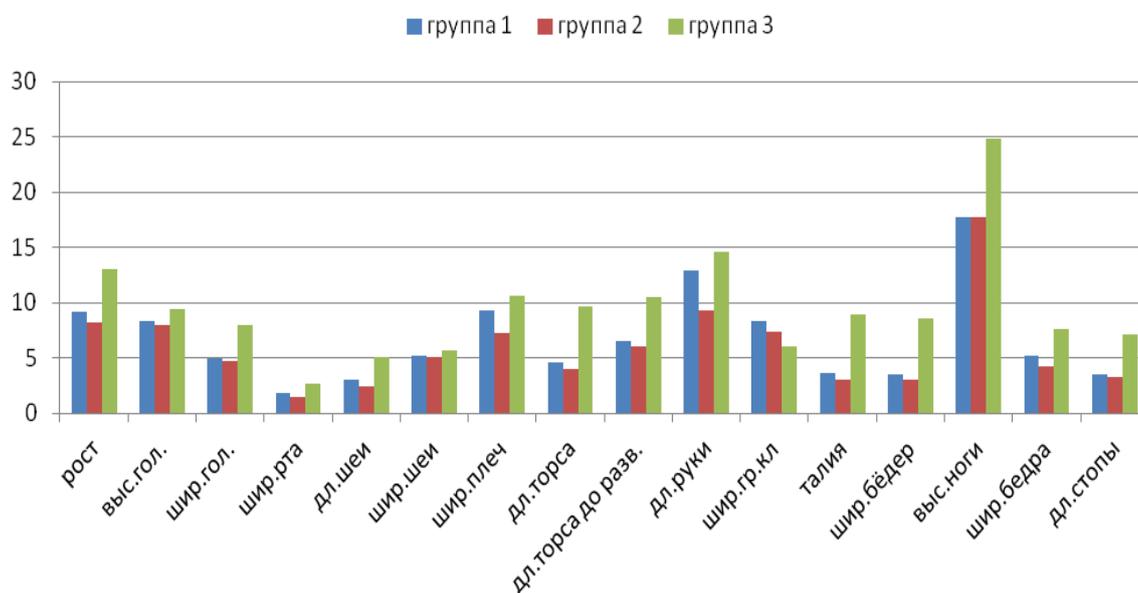


Рисунок 5 – Величина ошибки между «реальным» и «ощущаемым» телом в методике телесных промеров по М. Фельденкрайзу у подростков с различными группами здоровья

Как видно из гистограммы, представленной на рисунке 5, величина ошибки у подростков ГЗ-3 по сравнению с подростками ГЗ-1 и ГЗ-2 больше по всем показателям, кроме параметра «ширина грудной клетки». Подростки ГЗ-1 и ГЗ-2 обнаруживают более близкие результаты при чуть большей выраженности величины ошибки в ГЗ-1. Наиболее выраженную неточность в оценке подростки трех групп здоровья демонстрируют, так же, как и дети, в показателе «высота ноги».

Анализ полученных результатов по группе подростков показывает, что практически по всем параметрам подростки ГЗ-3 демонстрируют более

выраженную величину ошибки, чем подростки двух других групп. Подростки ГЗ-1 оказываются на втором месте по неточности оценки параметров собственного тела. Наиболее выраженная величина ошибки у подростков данной группы наблюдается по параметрам: «ширина плеч», «длина руки», «ширина грудной клетки».

Статистически значимые различия выявлены при сравнении показателей подростков ГЗ-1 и ГЗ-2 по параметрам «ширина плеч» ($p = 0,05$), «длина руки» ($p = 0,03$), «ширина бедра» ($p = 0,05$). Величина ошибки по данному параметру у подростков ГЗ-2 ниже, чем у подростков ГЗ-1. Между подростками ГЗ-2 и ГЗ-3 различия обнаружены по параметрам: «рост» ($p = 0,05$), «ширина головы» ($p = 0,05$), «ширина плеч» ($p = 0,05$), «длина торса» ($p = 0,05$), «длина руки» ($p = 0,05$), «талия» ($p = 0,01$), «ширина бедра» ($p = 0,05$). Значения по данным показателям больше у подростков ГЗ-3, чем у подростков ГЗ-2. Подростки ГЗ-1 по сравнению с подростками ГЗ-3 точнее оценивают такие параметры как: «ширина плеч» ($p = 0,05$), «талия» ($p = 0,04$), «длина стопы» ($p = 0,05$).

Сравнительный гендерный анализ величины ошибки в оценке у подростков показал, что в ГЗ-1 мальчики точнее производят оценку длины торса ($p = 0,01$), длины торса до развилки ($p = 0,03$), длины руки ($p = 0,05$), ширины грудной клетки ($p = 0,05$), высоты ноги ($p = 0,05$). В группе ГЗ-2 мальчики меньше ошибок допускают в процессе оценки длины стопы ($p = 0,02$). В третьей группе здоровья мальчики точнее, чем девочки, оценивают длину руки ($p = 0,05$). Наблюдение подобного рода позволяют говорить о том, что в группе подростков мальчики трех групп здоровья оказываются точнее в оценке собственного тела по ряду параметров, чем девочки, чего не наблюдается в группе детей. Указанная закономерность в гендерных различиях проявляется у подростков ГЗ-1.

Анализ возрастной динамики показателей по методике телесных промеров выявил обратные закономерности при сравнении ГЗ-1 и ГЗ-2 с ГЗ-3. У подростков ГЗ-1 и ГЗ-2 в целом отмечается уменьшение величины ошибки при оценке собственных телесных параметров по сравнению с показателями детей, в то время как у подростков ГЗ-3, наоборот, увеличение. По сравнению с показателями детей

ГЗ-1 и ГЗ-2, величина точности оценки телесных параметров у подростков тех же групп здоровья возрастает незначительно, тогда как в ГЗ-3 возрастная динамика увеличения разницы в показателях между «реальным» и «ощущаемым» телом оказывается более выраженной.

У подростков ГЗ-1 величина ошибки заметно снижается практически по всем параметрам, но остается больше по параметрам, связанным с бедрами («ширина бедра», «ширина бедер»), что может быть обусловлено возрастными особенностями подросткового возраста.

Статистически значимые различия между детьми и подростками ГЗ-1 получены по параметрам «ширина головы» ($p = 0,05$), «ширина плеч» ($p = 0,02$); ГЗ-2 – «высота головы» ($p = 0,03$), «длина стопы» ($p = 0,05$). Возрастная динамика в ГЗ-3 имеет обратную закономерность по сравнению с группами ГЗ-1 и ГЗ-2: статистически значимые различия обнаружены в оценке параметров «длина шеи» ($p = 0,03$), «талия» ($p = 0,00$), «ширина бедер» ($p = 0,05$), «длина стопы» ($p = 0,04$).

Полученные результаты возрастной динамики точности оценки собственных телесных параметров в ГЗ-3 может указывать на задержку в формировании когнитивных репрезентаций тела как показателя психосоматического развития в данной группе здоровья.

2.3.4 Результаты исследования вербально опосредованного когнитивного компонента в структуре репрезентации тела у детей и подростков с различными группами здоровья

Особенности вербально опосредованного когнитивного компонента в структуре репрезентации тела исследовались с использованием методики «Классификация дескрипторов соматических ощущений» (КДСО) детский вариант.

Средние показатели по результатам, полученным в ходе проведения методики КДСО, у детей и подростков трех групп здоровья показаны на рисунке 6.

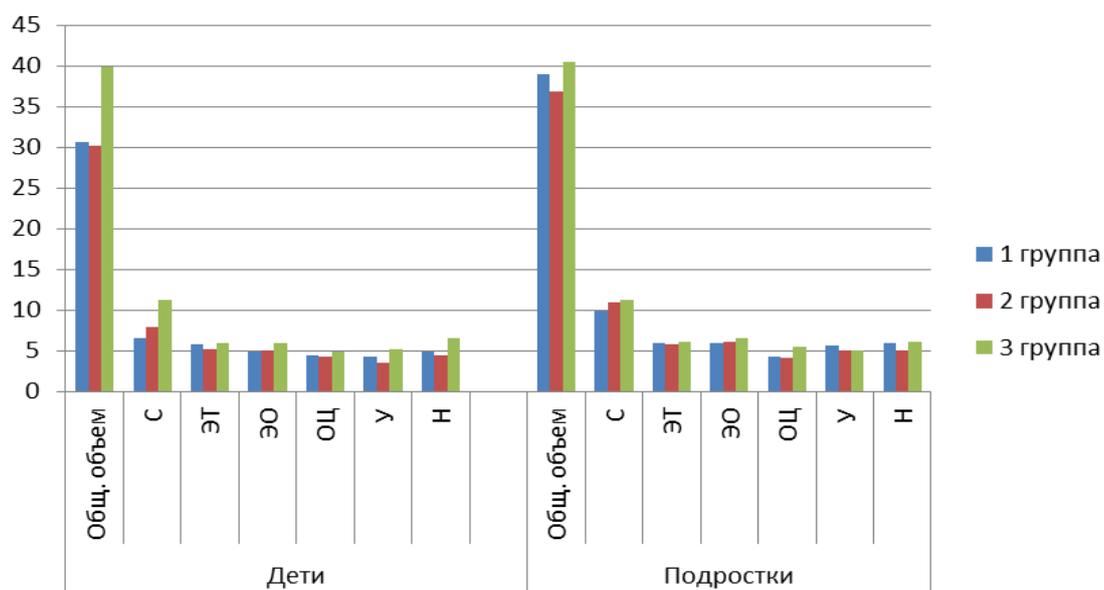


Рисунок 6 – Средние показатели общего объема телесного опыта и словарей телесных ощущений по различным категориям в методике КДСО у детей и подростков с различными группами здоровья

В целом, как видно на рисунке 6, более высокие показатели общего объема словаря телесных ощущений, а также объема телесного опыта по категориям отмечаются у детей, имеющих третью группу здоровья. У детей первой и второй

групп здоровья наблюдаются близкие показатели как общего объема словаря телесных ощущений, так и объема выбираемых дескрипторов по категориям.

Статистически значимые различия выявлены при сравнении детей второй и третьей групп здоровья в объеме словаря телесных ощущений по категориям «универсальные» (У) ($p = 0,04$) и «неоднозначные» (Н) ($p = 0,04$). У детей, имеющих третью группу здоровья, показатели по данным параметрам выше.

Дети трех групп здоровья чаще всего выбирают сенсорно-дискриминационные (С) дескрипторы. На втором месте предпочтений у детей ГЗ-1 и ГЗ-2 оказываются дескрипторы эмоционального тона ощущений (ЭТ), у детей ГЗ-3 – (Н) дескрипторы. У детей ГЗ-1 на третьем месте предпочтений отмечаются (Н) дескрипторы, ГЗ-2 – (ЭО) дескрипторы, ГЗ-3 – (ЭТ) дескрипторы. Таким образом, в целом дети ГЗ-1 и ГЗ-2 обнаруживают более сходную структуру распределения дескрипторов телесных ощущений по категориям по сравнению с детьми ГЗ-3.

Статистически подтверждено, что дети третьей группы здоровья большее предпочтение отдают (С) дескрипторам ($p = 0,05$) по сравнению с другими категориями телесного опыта, что может быть связано с накоплением у них болезненного опыта.

Как показано на рисунке 6, в группе подростков более высокие показатели общего объема словаря телесных ощущений отмечается в ГЗ-3, однако, в сравнении со средними показателями детей, отмечается менее выраженная разница в показателях между группами здоровья. Также тенденция наблюдается при рассмотрении средних показателей объема в категориальных структурах. Статистически значимых различий по критерию Манна–Уитни при сравнении количества выбираемых дескрипторов определенной категориальной структуры у подростков трех групп здоровья выявлено не было. Статистически значимых различий при сравнении показателей общего объема словаря и объема категориальных структур у детей и подростков также не было обнаружено.

Согласно данным дескриптивной статистики, подростки трех групп здоровья чаще всего выбирают (С) дескрипторы. На втором месте предпочтений у

подростков ГЗ-1 оказываются (ЭТ), (ЭО) и (Н) дескрипторы, у подростков ГЗ-2 – дескрипторы (ЭТ) и (ЭО), у подростков ГЗ-3 – (ЭО) дескрипторы. На третьем месте предпочтений у подростков ГЗ-1 отмечаются (ОЦ) дескрипторы, ГЗ-2 – (ОЦ) дескрипторы, ГЗ-3 – дескрипторы (У). В целом показатели категориальных структур подростков имеют более ровный и плавный характер, чем показатели категориальных структур детей. Разрыв в показателях общего объема словаря подростков трех групп здоровья становится менее заметным. У подростков ГЗ-1 и ГЗ-2 отмечается динамика, связанная с увеличением объема словаря, которая оказывается наиболее заметной у подростков ГЗ-1, у подростков ГЗ-3 показатели остаются неизменными. Следует также отметить, что по сравнению с объемом категориальных структур детей, у подростков отмечается тенденция к его обогащению, о чем свидетельствует увеличение числа категорий выбираемых дескрипторов, стоящих на втором и третьем местах предпочтений.

Процентные показатели выбора дескрипторов телесных ощущений из их общего числа в методике КДСО по выделенным параметрам представлены на рисунке 7.

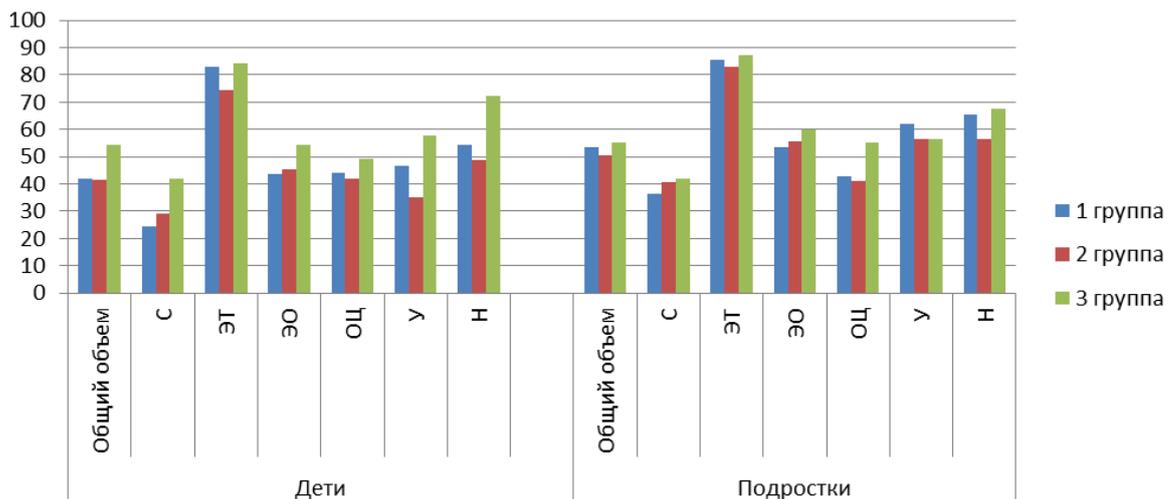


Рисунок 7 – Процентные показатели выбора дескрипторов в методике КДСО у детей и подростков с различными группами здоровья

Как показано на рисунке 7, дети трех групп здоровья наибольшее количество дескрипторов выбирают из категории (ЭТ), что, вероятно, связано с

большой представленностью аффективных компонентов репрезентации тела в данной возрастной группе. На втором месте по частоте выбора находится категория (Н) дескрипторов, однако, в данной категории дети третьей группы здоровья чаще выбирают (Н) дескрипторы по сравнению с первой и второй группами здоровья.

У подростков трех групп здоровья сохраняется тенденция к частоте выбора дескрипторов (ЭТ). На втором месте по частоте выбора остается категория (Н) дескрипторов, разрыв по частотности выбора данной категории дескрипторов между ГЗ-1 и ГЗ-3 значительно сокращается у подростков по сравнению с теми же показателями у детей. Тенденция к увеличению частоты выбора у подростков ГЗ-1 и ГЗ-2 отмечается при выборе групп дескрипторов (ЭО) и (У), причем подростки ГЗ-1 по частоте выбора категории (У) занимают лидирующую позицию по сравнению с выбором подростков ГЗ-2 и ГЗ-3, чьи показатели в данной категории практически равны. В целом, во всех категориях частота выбора дескрипторов выравнивается, разрыв в показателях становится менее выраженным.

Анализ представленных данных подростков позволяет говорить о том, что количество выбираемых дескрипторов в трех группах здоровья по ряду показателей остается выше у подростков ГЗ-3, однако у подростков ГЗ-1 и ГЗ-2 наблюдается расширение категориальной структуры по сравнению с показателями детей, что может указывать на наличие возрастной динамики в структуре телесного опыта.

Широта категориальной структуры телесных ощущений подростков представлена в таблице 5.

Таблица 5 – Средние показатели широты категориальных структур в свободной классификации в методике КДСО у подростков с различными группами здоровья

Количество групп		
ГЗ-1	ГЗ-2	ГЗ-3
5	7	10

Как видно из таблицы 5, количество групп у подростков ГЗ-1 составило 5 категорий, у ГЗ-2 – 7 категорий, ГЗ-3 – 10 категорий. Широта категориальной структуры наиболее выражена у подростков ГЗ-2 и ГЗ-3, подростки ГЗ-1 составили наименьшее количество категорий. Примечательно, что трудности категоризации, проявляющиеся в сложностях объединения дескрипторов в группы, а также трудностях называния групп у подростков ГЗ-1 отмечались в 10% случаев, у подростков ГЗ-2 – в 40% случаев и у подростков ГЗ-3 – в 70% случаев.

Качественный анализ проведенной классификации дескрипторов обнаруживает различные механизмы и способы классификации у подростков трех групп здоровья.

В таблице 6 показано процентное соотношение представленности блоков дескрипторов, описывающих компоненты телесных ощущений, у подростков трех групп здоровья в процессе создания групп на этапе свободной классификации.

Таблица 6 – Процентное соотношение представленности блоков дескрипторов, используемых в свободной классификации по методике КДСО у подростков с различными группами здоровья

Блоки дескрипторов	Группы здоровья		
	ГЗ-1	ГЗ-2	ГЗ-3
Сенсорно-дискриминационный	100%	80%	50%
Мотивационно-аффективный	90%	60%	50%
Когнитивный	90%	80%	30%

Как показано в таблице 6, подростки ГЗ-1 и ГЗ-2 в процессе создания классификационных групп чаще, чем подростки ГЗ-3 используют дескрипторы,

входящие в сенсорно-дискриминационный блок. Дескрипторы мотивационно-аффективного блока наиболее всего представлены у подростков ГЗ-1, тогда как в ГЗ-2 и ГЗ-3 использование дескрипторов данного блока снижается. Когнитивный блок дескрипторов больше всего представлен у подростков ГЗ-1 и ГЗ-2 по сравнению с ГЗ-3. Респонденты ГЗ-3 значимо реже, чем испытуемые ГЗ-1 и ГЗ-2 используют дескрипторы данного блока в процессе создания классификационных групп ($p = 0,02$ и $p = 0,03$ соответственно).

В целом классификационные группы обследованных подростков ГЗ-1, ГЗ-2 и ГЗ-3 можно разделить на два основных типа. Первый тип можно обозначить как денотативный, связанный с преимущественным включением дескрипторов в единую группу на основании общих существенных признаков. Второй тип классификационных групп можно назвать коннотативным, предполагающим, помимо существенных признаков, включение дескрипторов на основании субъективного опыта, ситуативных состояний, эмоциональных критериев и т.д. Первый тип классификационных групп предполагает выделение четких универсальных категорий, соотносимых с основными блоками, описанными О.Г. Мотовилиным. Второй тип характеризуется отсутствием четких категорий; классификационные группы имеют индивидуальный смысл для испытуемых.

В таблице 3 показано процентное соотношение представленности типов классификации дескрипторов соматических ощущений по приведенным выше основаниям для подростков трех групп здоровья.

Таблица 7 – Процентное соотношение представленности типов классификации по методике КДСО у подростков с различными группами здоровья

Типы классификации	Группы здоровья		
	ГЗ-1	ГЗ-2	ГЗ-3
Денотативный тип	85%	65%	25%
Коннотативный тип	15%	35%	75%

Из таблицы 7 видно, что больше всего денотативных групп в процессе классификации создают подростки ГЗ-1, процент создания подобных групп

снижается у ГЗ-2 и значимо ниже по сравнению с двумя другими группами здоровья у ГЗ-3 ($p = 0,03$ и $p = 0,05$ соответственно). Процент коннотативных групп, наоборот, значимо выше у ГЗ-3 по сравнению с ГЗ-1 и ГЗ-2 ($p = 0,02$ и $p = 0,05$ соответственно).

Содержательный анализ денотативных классификационных групп позволяет разделить их по двум базовым основаниям: телесные и эмоциональные характеристики ощущений, что указывает на базовую дифференцированность категориальной структуры телесного опыта.

Подростки ГЗ-1 продемонстрировали базовую дифференцированность эмоциональных и телесных состояний в 85% случаев, выделяя группы, описывающие телесные состояния, основой которых явились дескрипторы сенсорно-дискриминационного блока («тело», «состояние тела», «ощущения в теле», «физические ощущения»), а также эмоциональные состояния, основой которых выступили дескрипторы эмоционального тона и эмоционального отношения («состояние души», «душа», «настроение», «эмоции»). Примечательно, что 40% подростков ГЗ-1 обнаружили более дифференцированную структуру телесного опыта, выделяя подгруппы «болевы́е ощущения», «внутренние ощущения», «внешние ощущения». В целом словарь эмоциональных дескрипторов оказался более дифференцированным и в 75% случаев делился на подгруппы «положительные эмоции» и «отрицательные эмоции». Из коннотативных групп наиболее часто выделялись: «спорт» (60%), «любовь» (50%), «мышечное растяжение» (30%). Таким образом, подростки ГЗ-1 обнаружили достаточно дифференцированную и интегрированную структуру телесного опыта.

Группа ГЗ-2 по результатам выполнения классификации дескрипторов телесных ощущений оказалась неоднородной. 55% подростков ГЗ-2 обнаружили феномены, сходные со структурой телесного опыта респондентов ГЗ-3, которые будут описаны ниже. У 45% испытуемых ГЗ-2 были зарегистрированы механизмы и способы классификации, отличные как от ГЗ-1, так и ГЗ-3. Для данной подгруппы респондентов оказалось примечательным, что они создавали четко

дифференцированные группы из сенсорно-дискриминационного блока, связанные с конкретными болезненными состояниями: «простуда», «головная боль», «связано с сердцем», «трудности дыхания», «боль в животе». Базовое деление на эмоциональные и телесные состояния обнаружило 60% респондентов ГЗ-2. В отличие от ГЗ-1, словарь эмоциональных дескрипторов у ГЗ-2 оказался менее дифференцированным. Примечательно, что в 80% случаев отдельно выделялась подгруппа «отрицательные эмоции». Из коннотативных групп наиболее часто выделялись: «моя болезнь» (50%), «любовь» (40%), «усталость» (35%) «спорт» (20%). Таким образом, часть подростков ГЗ-2 также обнаружили достаточно дифференцированную и интегрированную структуру телесного опыта, отличную от структуры респондентов ГЗ-1.

Подростки ГЗ-3, в отличие от ГЗ-1 и ГЗ-2 показали низкий уровень базовой дифференцированности телесных и эмоциональных состояний (20% против 60% и 85% соответственно). Телесные и эмоциональные состояния оказываются трудно разделимыми, в основе созданных групп лежат эмоциональные, оценочные, сенсорные и неоднозначные дескрипторы, образующие преимущественно коннотативные группы («радость в теле», «страшные ощущения», «когда мне плохо», «весело», «впечатления», «выдумки», «не знаю, где это в теле», «злость», «боль», «живот», «голова»), что указывает на диффузность категориальной структуры. Эмоциональный словарь в большинстве случаев мало дифференцирован и интегрирован. Из коннотативных групп наиболее часто выделялись: «когда я болею» (50%), «весело» (45%), «когда мне плохо» (40%), «любовь к маме» (35%), «усталость» (35%) «у врача» (30%). Таким образом, подростки ГЗ-3 обнаружили недифференцированную и неинтегрированную структуру телесного опыта, что может указывать на задержку психосоматического развития.

В ходе проведения качественного анализа свободной классификации дескрипторов с позиции представленности болевого опыта было обнаружено, что подростки ГЗ-2 и ГЗ-3 относят болевые дескрипторы к тем областям тела, в которых имеется периодически или постоянно повторяющийся болевой опыт, что

соответствует данным медицинских карт. Так респонденты ГЗ-2 выделяли группы для симптомов текущего соматического заболевания в 40% случаев, а подростки ГЗ-3 – в 50% случаев. Примечательно, что подростки ГЗ-1 болевые ощущения связывают с периодически, ситуативно повторяющимися неприятными ситуациями, например, реакцией на погоду, отравлением, страхом перед контрольной работой, растяжениями и ушибами.

2.3.5 Результаты исследования стилей семейного воспитания у родителей детей с различными группами здоровья

Стили семейного воспитания изучались с помощью методики «Анализ семейного воспитания (АСВ) для родителей детей от 3 до 10 лет.

На рисунке 8 представлены средние значения по шкалам АСВ, характеризующие отдельные стороны родительского воспитания, для детей каждой из трех групп здоровья.

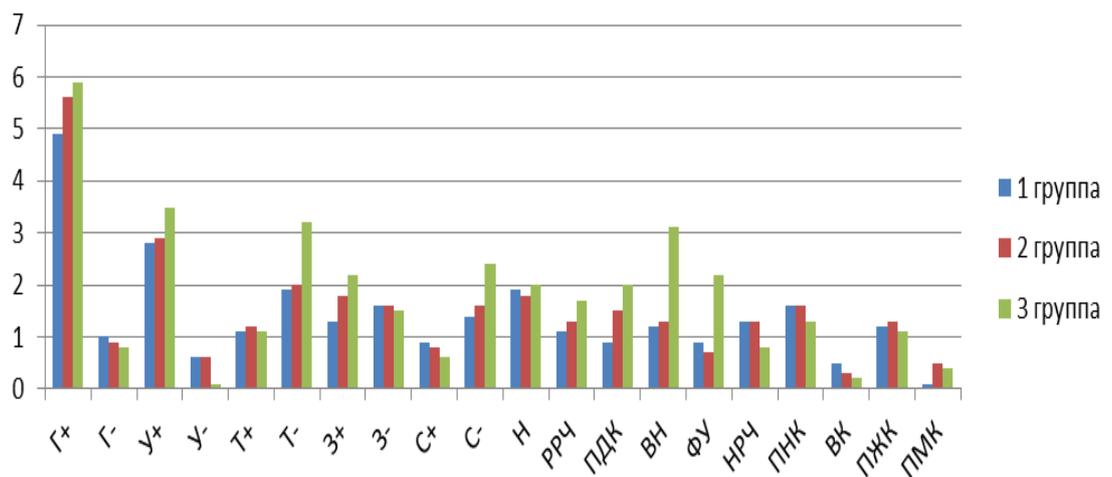


Рисунок 8 – Средние показатели шкал АСВ у детей трех групп здоровья

Результаты, полученные в процессе проведения методики АСВ, позволяют в целом говорить о том, что у матерей детей ГЗ-3 показатели шкал «гиперпротекция» (Г+), «потворствование» (У+), «недостаточный уровень требований» (Т-), «высокий уровень запретов» (З+), «недостаточность санкций»

(С–), «расширение родительских чувств» (РРЧ), «проекция детских качеств» (ПДК). «воспитательная неуверенность» (ВН), «фобия утраты ребенка» (ФУ) выше, чем у матерей детей ГЗ-1 и ГЗ-2.

Статистически значимые различия выявлены при сравнении показателей матерей детей ГЗ-1 и ГЗ-3 по шкалам: (Г+) ($p = 0,03$), (Г–) ($p = 0,03$), (ПДК) ($p = 0,03$), (ВН) ($p = 0,02$), (ФУ) ($p = 0,04$). У матерей детей, имеющих третью группу здоровья, показатели по указанным шкалам выше. Также были получены различия по шкалам (НРЧ) ($p = 0,03$) и (Г–) ($p = 0,03$), однако, у матерей детей ГЗ-3 показатель по указанным шкалам ниже, чем у матерей детей первой группы здоровья. Статистически подтвержденные различия получены между показателями матерей детей ГЗ-2 и ГЗ-3 по шкале (ВН) ($p = 0,02$). Матери детей ГЗ-3 демонстрируют более высокие показатели по указанной шкале по сравнению с матерями детей ГЗ-2. Статистически значимых различий в показателях шкал АСВ между группами детей ГЗ-1 и ГЗ-2 не обнаружено.

Как показано на рисунке 5, в сфере родительского воспитания детей трех групп здоровья отмечаются высокие показатели по шкале «гиперпротекция» (Г+). Данный показатель выше всего у матерей детей ГЗ-3, на втором месте оказываются матери детей ГЗ-2 и на третьем – матери детей ГЗ-1. Такое распределение значений по данной шкале может быть обусловлено повышенным вниманием матерей детей ГЗ-2 и ГЗ-3 к собственным детям в силу наличия у них той или иной формы соматической патологии. Обратная тенденция в сфере протекции наблюдается у матерей по шкале «гипопротекция» (Г–). У матерей детей ГЗ-1 отмечается постепенное снижение показателей по данной шкале, и ниже всего ее уровень оказывается у матерей детей ГЗ-3. Высокий уровень потворствования желаниям ребенка в процессе воспитания (У+) выявляется у матерей детей трех исследуемых групп, однако, значительно выше он оказывается у матерей детей ГЗ-3. Высокий уровень по шкале «недостаточность требований» (Т–) отмечается в ответах матерей детей ГЗ-3. Наиболее высокий уровень запретов в процессе воспитания (З+) демонстрируют матери детей ГЗ-3 и ГЗ-2, тогда как у матерей детей ГЗ-1 данный показатель оказывается значительно ниже.

Такой подход к воспитанию определяется чрезмерными запретами со стороны матерей, которые ограничивают самостоятельную активность ребенка. В группе матерей детей ГЗ-3 отмечается значительное повышение по шкале, отражающей недостаточность санкций (С-), по сравнению с ответами матерей детей ГЗ-1 и ГЗ-2.

Описание дополнительных шкал, которое будет приведено ниже отражает аспект включенности в систему воспитания личностных особенностей матерей, которые с позиции социальной ситуации развития могут оказывать влияние на формирование системы аффективно-когнитивных взаимосвязей в структуре репрезентации тела в детском возрасте.

Наиболее высокие показатели по шкале «расширение родительских чувств» (РРЧ) демонстрируют матери детей ГЗ-3 и ГЗ-2, что может указывать на чрезмерную привязанность матерей к собственным детям, а также отсутствие готовности предоставлять им самостоятельность. Высокие показатели по шкале «проекция детских качеств» (ПДК) отмечается у матерей детей ГЗ-3, что указывает на желание матерей присваивать собственным детям качества, характерные для ребенка младшего возраста, тем самым способствуя процессу инфантилизации ребенка, замедляя процесс его взросления. Высокие показатели по шкалам «воспитательная неуверенность» (ВН) и «фобия утраты ребенка» (ФУ) отмечаются у матерей детей ГЗ-3 по сравнению с ГЗ-1 и ГЗ-2, что проявляется в чрезмерном потворствовании желаниям ребенка и страхе, связанным с его взрослением.

Анализируя данные, полученные в ходе проведения методики АСВ, следует отметить, что с учетом результатов по основным (Г+, У+, З+, Т-, С-) шкалам и дополнительным (РРЧ, ПДК, ВН, ФУ) шкалам, матери детей ГЗ-3 демонстрируют тенденция к стилю воспитания по типу доминирующей гиперпротекции. Подобного рода тенденция заметно менее выражена у матерей детей ГЗ-2 и отсутствует у матерей ГЗ-1.

2.4 Обсуждение результатов исследования аффективных и когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела и их взаимосвязей у детей и подростков с различными группами здоровья

2.4.1 Специфика аффективных компонентов в структуре репрезентации тела у детей и подростков трех групп здоровья

Исследование аффективных компонентов репрезентации тела у детей и подростков трех групп здоровья представлено результатами следующих методик: «Восьмицветовой тест Люшера» и «Волшебная страна чувств».

Результаты по тесту М. Люшера отражают аффективно-потребностную сферу детей и подростков с различными группами здоровья. В целом по данным теста М. Люшера потребность в позитивной жизненной перспективе является ведущей в детском и подростковом возрасте и не зависит от соматического статуса (частота выбора желтого цвета составила 50%, 70% и 60% соответственно). Примечательно, что у детей ГЗ-1 и ГЗ-2 также преобладает потребность в привязанности, в то время как у детей ГЗ-3 выбор фиолетового цвета на принимаемые позиции осуществляется с меньшей частотой (50% и 50% против 30%). Конфликт поведения привязанности у детей ГЗ-3 также подтверждает анализ позиций отвергаемых цветов: респонденты ГЗ-3 в 40% случаев выбирали фиолетовый цвет на последние позиции, тогда как в ГЗ-1 и ГЗ-2 рассматриваемые показатели составили 20% и 10% соответственно. Для детей ГЗ-2 характерен меньший разброс позиций предпочитаемых цветов, по сравнению с детьми ГЗ-1 и ГЗ-3, а также менее частое помещение серого цвета на последние позиции (40% против 20% и 20% соответственно), что может указывать на меньшую способность к вытеснению негативных эмоций и большую критичность респондентов ГЗ-2. При этом по сравнению с ГЗ-1 и ГЗ-3 дети ГЗ-2 чаще выбирают коричневый цвет на последние позиции (30% против 10% и 10% соответственно), что может свидетельствовать о подавлении болезненных сигналов.

Анализ возрастной динамики аффективно-потребностной сферы детей и подростков с различными группами здоровья обнаружил следующие закономерности. У подростков ГЗ-1 и ГЗ-2 потребность в привязанности сохраняется на том же уровне, в то время как в ГЗ-3 частота выбора фиолетового цвета снижается с 30% до 20%. При этом у подростков ГЗ-3 наблюдается положительная динамика потребности в активности: частота выбора красного цвета на первые позиции увеличивается с 30% до 70%. При наличии соматической патологии в ГЗ-3 повышение потребности в активности и самоутверждении (30% против 20% у детей), а также снижение потребности в зависимости от родительских фигур и значительное возрастание тенденции к отрицанию сигналов соматического неблагополучия (коричневый цвет выбирается подростками на последние позиции в 40% случаев по сравнению с 10% у детей), вероятно, отражают стратегии компенсации в ГЗ-3, которые в возрастной динамике описывают вектор снижения критичности к заболеванию в форме тенденции к анозогнозии. В ГЗ-2 в возрастной динамике возрастает конфликт между повышением личностной критичности, выражающимся в снижении потребности в позитивной жизненной перспективе (частота выбора желтого цвета на предпочитаемые позиции у подростков составляет 50% против 70% у детей), и более выраженным подавлением болезненных сигналов (частота выбора коричневого цвета на отвергаемые позиции у подростков составляет 40% против 30% у детей). В ГЗ-1 в возрастной динамике отмечается рост потребностей в позитивной жизненной перспективе (с 50% до 80%) и активности (с 30% до 40%), что, вероятно, отражает нормативные процессы, характерные для младшего подросткового возраста. В ГЗ-1 и ГЗ-2 отмечается тенденция к формированию потребностей в защите, которая наиболее выражена у подростков ГЗ-2, что может указывать на меньшую предрасположенность к вытеснению негативных переживаний и критичность респондентов данной группы здоровья. Среди общих закономерностей, характерных для младшего подросткового возраста и независимых от соматического статуса респондентов, следует отметить

повышение потребности в активности (положительная динамика частоты выбора красного цвета на первые позиции во всех группах здоровья).

При анализе параметра «телесная репрезентация потребностей» методики «Волшебная страна чувств» отмечены следующие особенности. На уровне телесной репрезентации у детей всех групп здоровья максимальную площадь занимает синий цвет, отражая значимость потребности в психофизиологическом комфорте. У детей ГЗ-1 характерно сочетание красного и фиолетового цвета на ведущих позициях (большая представленность площади указанных цветов в общем силуэте человека), что указывает на сепарационный конфликт, связанный с потребностью в познании окружающего мира, нормативной для младшего школьного возраста.

У детей ГЗ-2 максимальные площади занимают синий, зеленый и красный цвета соответственно, что указывает на отсутствие конфликта на уровне телесной репрезентации потребностей в сравнении с результатами, полученными по тесту М. Люшера, в котором респонденты данной группы здоровья обнаружили меньшую склонность к использованию защитных тенденций и большую критичность. При этом полученные данные у детей ГЗ-2 согласуются с тенденцией к отрицанию сенсорных сигналов телесного неблагополучия (выбор коричневого цвета на последние позиции в тесте М. Люшера). Согласно психосоматической концепции М. Шура о десоматизации-ресоматизации (M. Schur, 1955), в основе которой лежит представление о взаимосвязи соматических и эмоциональных процессов человека в период детства, можно предположить, что тело является базовым уровнем первичной проекции потребностей ребенка и является способом выражения конфликтов в аффективно-потребностной сфере. Однако зарегистрированные результаты у детей ГЗ-2 позволяют выдвинуть предположение, что конфликты аффективно-потребностной сферы прямо не соотносятся с телесностью, а сама телесная репрезентация потребностей имеет собственный вектор развития. Вероятно, что уровень представленности аффективно-потребностной сферы в тесте М. Люшера отражает онтогенетически более поздний этап, на котором может формироваться

аффективный план защит, предполагающий более дифференцированное функционирование Эго-аппарата (Г. Аммон, 2000).

У детей ГЗ-3, помимо синего цвета, максимальные площади в силуэте человека занимают красный и черный цвета, что отражает более сложный амбивалентный конфликт потребностей в психофизиологическом комфорте и заботе со стороны взрослых и активности с одновременным их отрицанием. Полученные результаты могут указывать на более сложную структуру сепарационного конфликта детей ГЗ-3, вероятно, связанную с функциями гиперопеки и фобией утраты ребенка со стороны матерей детей данной группы здоровья, что подтверждается результатами методики АСВ.

Гендерные различия в группе детей в целом обнаружены по площади фиолетового цвета. У мальчиков данный цвет занимает большую площадь тела, чем у девочек ($p = 0,03$), что может свидетельствовать о большей потребности мальчиков в слиянии на телесном уровне и, вероятно, связано с более медленным темпом их психологического взросления по сравнению с девочками.

Подростки всех групп здоровья в отличие от детей используют большее количество цветов для раскрашивания тела, что может указывать на расширение телесной проекции аффективно-потребностной сферы.

Сравнительный анализ детей и подростков ГЗ-1 показывает, что конфликт потребностей, связанных с сепарацией (сочетание фиолетового и красного цвета, занимающих максимальную площадь в силуэте человека), у подростков данной группы здоровья сохраняется, при этом площадь фиолетового цвета возрастает (9,6 в сравнении с 7,0). Подростки ГЗ-1 в большей степени, чем дети ГЗ-1 испытывают сепарационный конфликт, возрастает тенденция к использованию черного и коричневого цветов, что может быть связано с кризисом подросткового возраста. Примечательно, что сепарационный конфликт детей и подростков ГЗ-1 характеризуется разной направленностью: у детей он может быть связан с кризисом раннего школьного возраста с возрастанием потребности в познавательной активности, тогда как сепарация в подростковом возрасте с нарастающим негативизмом, по-видимому, указывает на приобретение нового

социального статуса, отделение от привычной семейной референтной группы и переход в группу сверстников.

У подростков ГЗ-2 максимальные площади в силуэте человека занимают зеленый, красный и желтый цвета, что так же, как и у детей ГЗ-2, указывает на отсутствие конфликта на уровне телесной репрезентации потребностей. Анализ возрастной динамики в ГЗ-2 в целом свидетельствует о меньшей конфликтности аффективно-потребностной сферы (площадь черного цвета у подростков указанной группы здоровья по сравнению с детьми становится меньше – 7,7 у детей против 4,9 у подростков, площадь желтого – больше (9,2 против 6,8)). При этом, как было показано выше, по результатам теста М. Люшера степень конфликтности аффективно-потребностной сферы становится выше в подростковом возрасте в данной группе респондентов. Таким образом, в ГЗ-2 выявляется следующая закономерность: чем выше степень конфликтности в аффективно-потребностной сфере, тем меньше она проявляется на уровне телесной репрезентации, что может подтверждать большую дифференцированность Эго-структур данных респондентов в сторону аффективного типа защитных стратегий.

У подростков ГЗ-3 максимальные площади в силуэте человека занимают зеленый, синий и желтые цвета, что указывает на снижение степени конфликтности аффективно-потребностной сферы на уровне телесной проекции, в отличие от детей ГЗ-3, у которых одну из ведущих позиций по величине площади занимает черный цвет (4,5 у подростков против 7,4 у детей). Таким образом, в ГЗ-3 выявляется обратная по сравнению с ГЗ-2 закономерность: возрастание вектора снижения критичности к заболеванию в форме тенденции к анозогнозии в возрастной динамике на уровне аффективно-потребностной сфере прямо отражается на телесной репрезентации, что может указывать на меньшую дифференцированность Эго-структур в данной группе респондентов (Г. Аммон, 2000).

В целом в группе подростков, в отличие от группы детей, выявлено возрастание площадей желтого и фиолетового цветов, что может указывать на

значимость характерной для подросткового возраста потребности в интимно-личностном общении, независимой от соматического статуса.

При анализе параметра «эмоциональная нагруженность тела и его частей» методики «Волшебная страна чувств» отмечены следующие особенности.

В группе детей максимальная эмоциональная нагруженность, регистрируемая по количеству используемых для раскрашивания силуэта человека карандашей, наблюдается в ГЗ-1, чуть меньшая – в ГЗ-2 и минимальная – в ГЗ-3. При этом обнаружены различные телесные «мишени», специфичные для групп здоровья: «голова» и «ноги» для детей ГЗ-1, «руки» и «грудь» для детей ГЗ-2, «живот» для детей ГЗ-3. Для ГЗ-2 и ГЗ-3 была отмечена связь между соматическим неблагополучием органа (по данным медицинских карт) и эмоциональной нагруженностью соответствующей части тела.

Примечательно, что гендерные различия у детей трех групп здоровья были обнаружены по эмоциональной нагруженности таза. Указанный параметр для девочек имеет более негативную эмоциональную нагрузку, что возможно интерпретировать в рамках культурной нормы, в рамках которой у девочек более выражен страх телесного наказания.

При учете знака эмоциональной нагруженности (позитивной или негативной) в трех группах здоровья выявлены следующие особенности. В целом (ЭН–) реже отмечается у детей ГЗ-1 (2 параметра из 6), тогда как по мере ухудшения здоровья (к ГЗ-2 и ГЗ-3) отрицательная эмоциональная нагруженность частей тела возрастает (3 параметра из 6 и 4 параметра из 6 соответственно). В ГЗ-1 выраженную (ЭН+) имеет параметр «руки», выраженную (ЭН–) – «голова» и «ноги». Примечательно, что в ГЗ-1 конечности (руки, ноги), символизирующие степень социальной активности и надежности соответственно поляризованы с точки зрения их эмоциональной нагруженности, что может указывать на модус конфликта между стремлением к социальным контактам и неуверенностью в их стабильности. У детей ГЗ-2 выраженную (ЭН+) имеет параметр «голова», что может указывать на значимость когнитивных функций; (ЭН–) отмечается в нижней половине тела (таз и ноги). У детей ГЗ-3 при дефиците выраженной (ЭН+)

(ЭН-) охватывает область «внутренней телесности» (грудь, живот), что может быть связано с часто встречающимися в данной группе респондентов заболеваниями сердечно-сосудистой, дыхательной системы и желудочно-кишечного тракта.

В группе подростков эмоциональная нагруженность тела и его частей ниже в ГЗ-2, по сравнению с ГЗ-1 и ГЗ-3. Примечательно, что телесные «мишени» в группе подростков для эмоциональной нагрузки являются так же специфичными, как и в группе детей, однако, их проекция несколько смещается: в ГЗ-1 максимально нагруженными оказываются «руки» и «грудь», в ГЗ-2 – «голова» и «живот», в ГЗ-3 – «ноги». Примечательно, что в группе подростков ГЗ-2 и ГЗ-3 связь между соматическим неблагополучием органа (по данным медицинских карт) и эмоциональной нагруженностью соответствующей части тела прослеживается в меньшей степени, чем в группе детей, что может указывать на большую дифференциацию Эго-аппарата с возрастом вне зависимости от соматического неблагополучия.

Гендерные различия в группе подростков сохраняют тот же вектор, что и в группе детей: более негативная нагруженность таза для девочек, по сравнению с мальчиками. Однако в данном случае различия могут быть обусловлены значимостью данной части тела в общем физическом облике для девочек-подростков.

Возрастная динамика эмоциональной нагруженности тела и его частей с точки зрения ее знака в группах здоровья имеет следующие особенности. У подростков ГЗ-1 эмоциональная нагруженность параметра «руки» меняет свой знак с позитивного на негативный, что указывает на усиление конфликта, связанного с переживанием чувства надежности в социальных контактах, нормативного для младшего подросткового возраста. При этом эмоциональная нагруженность параметра «голова», наоборот, меняет знак с отрицательного на положительный, что может свидетельствовать о значимости когнитивной сферы для респондентов данной группы. У подростков ГЗ-2 увеличивается область телесных «мишеней» с негативной эмоциональной нагрузкой; к параметрам «таз» и «ноги» добавляются параметры «грудь» и «живот». Хотя параметр «телесная

репрезентация потребностей» не обнаруживает конфликтности в аффективно-потребностной сфере, детальный анализ использования респондентами ГЗ-2 младшего подросткового возраста дополнительных (фиолетового), в т.ч. негативно семантически наполненных цветов (серого, коричневого, черного) показывает высокую степень конфликтности большей части телесного образа. У подростков ГЗ-3, напротив, регистрируется общая «позитивизация» телесности, что выражается в снижении негативной эмоциональной нагруженности области внутренней телесности. Выраженная (ЭН+) наблюдается по параметрам «голова» и «живот», максимально выраженная (ЭН-) (в 100% случаев) – по параметру «ноги». Отмеченная «позитивизация» эмоциональной нагруженности тела у подростков ГЗ-3 согласуется с результатами исследования параметра «телесная репрезентация потребностей» и аффективно-потребностной сферы по тесту М. Люшера и выступает еще одной составляющей компенсаторных стратегий респондентов данной группы здоровья, вероятно, обусловленных снижением критичности к своему соматическому неблагополучию в связи с повышенной гиперпротекцией, что подтверждают данные методики АСВ.

Таким образом, проведенный анализ показал, что (ЭН-) по параметру «ноги» характерна для подростков трех групп здоровья. Примечательно, что характер (ЭН-) для параметра «ноги» у подростков каждой группы здоровья имеет свой вектор и свою эмоциональную модальность.

Для подростков ГЗ-1 в целом (ЭН-) ног выражается в конфликте отрицания потребности в спокойствия, а также конфликте в структуре самооценки, что укладывается в рамки нормативного подросткового возраста. При этом у подростков ГЗ-1 не прослеживается четкой связи между цветом и эмоцией по параметру «ноги».

У подростков ГЗ-2 (ЭН-) ног характеризуется фрустрацией потребности в активности, что может быть расценено как невозможность активно взаимодействовать с социальным окружением в связи с более критическим отношением к собственному соматическому неблагополучию и

социофобическими тенденциями. Прослеживается взаимосвязь цвета и эмоции в виде «страха» и «интереса», в равной степени присваиваемых черному цвету.

У подростков ГЗ-3 конфликт цветов по данному параметру представлен большим количеством сочетаний, чем для ГЗ-1 и ГЗ-2, и отражает различные аспекты сепарационного конфликта в виде фрустрации потребности в активности и слиянии с одной стороны, и стремлению к слиянию и защите с отрицанием потребности в заботе, с другой стороны. Взаимосвязь цвета и эмоции прослеживается точнее, чем у ГЗ-1 и ГЗ-2 и связана с негативными эмоциями (грусть и страх).

При анализе параметра «эмоциональное отношение к телу» методики «Волшебная страна чувств» отмечены следующие особенности.

В целом показатели эмоционального отношения к телу и его частям у детей ГЗ-1, ГЗ-2 и ГЗ-3 находятся в нейтральной зоне и зоне позитивного отношения (диапазон от 0 до +1). Показатели наиболее позитивного отношения у детей всех трех групп здоровья регистрируются для параметров «голова» и «руки». Наиболее близкие показатели (ЭО) отмечаются у детей ГЗ-1, ГЗ-2 и ГЗ-3 по параметрам «руки» и «ноги». (ЭО) в целом для тела более негативно для детей ГЗ-2. Примечательно, что гендерные различия внутри групп здоровья были обнаружены только у детей ГЗ-2. (ЭО) по параметрам «тело» и «таз» более позитивно у мальчиков, чем у девочек, что также подтверждает факт большей озабоченности своим телесным обликом и социально значимыми частями тела девочками, подтвержденный в ряде зарубежных исследований (В.К. Mendelson, D.R. White, M.J. Mendelson, 1996; К.С. Wood, J.A. Becker, J.K. Thompson, 1996).

Показатели эмоционального отношения к телу и его частям у подростков ГЗ-1, ГЗ-2 и ГЗ-3 так же, как и у детей, находятся в нейтральной зоне и зоне позитивного отношения (диапазон от 0 до +1). У подростков трех групп здоровья отмечается большой разброс значений по различным телесным параметрам. Наиболее близкие показатели (ЭО) у подростков ГЗ-1, ГЗ-2 и ГЗ-3 регистрируются по параметру «руки».

При анализе динамики эмоционального отношения к телу и его частям обнаружено, что в целом подростки позитивнее оценивают тело, чем дети. Примечательно, что по параметру (ЭО) в ГЗ-3 в возрастной динамике отмечается тот же процесс «позитивизации» отношения к телу и его частям, входящий в компенсаторный комплекс феномена анозогнозии.

У подростков ГЗ-2 отмечается более негативное (ЭО), по сравнению с ГЗ-3, по всем параметрам, кроме параметра «ноги», что также может подтверждать более критичное отношение к собственной соматической патологии, опосредуя менее позитивное эмоциональное отношение к телу в целом и его частям.

Гендерные различия в ГЗ-1, полученные между мальчиками и девочками по параметрам «руки» и «грудь», эмоциональное отношение к которым более позитивно у девочек, могут указывать на возрастные особенности девочек младшего подросткового возраста в форме стремления к общению, а также на физиологическую значимость для них груди в данном возрасте. В ГЗ-2 (ЭО) по параметру «ноги» более позитивно у мальчиков, чем у девочек, что может свидетельствовать об их большем переживании устойчивости и надежности. У подростков ГЗ-3 (ЭО) по параметру «руки» более позитивно для мальчиков, а (ЭО) по параметру «ноги» – для девочек, что, предположительно, указывает на большую уверенность в социальных связях у мальчиков и большее чувство надежности у девочек.

Корреляционный анализ между параметрами методики «Волшебная страна чувств» позволил проанализировать взаимосвязи между различными аффективными компонентами в структуре репрезентации тела (см. Приложение Д).

У детей ГЗ-1 статистически значимых корреляций между параметрами телесной репрезентации потребностей и эмоциональной нагруженности не зарегистрированы, что может указывать на формирование независимых аффективных звеньев в структуре репрезентации тела, в то время как в ГЗ-2 и ГЗ-3 они оказались взаимосвязанными, выступая индикатором недостаточной эмоциональной дифференцированности. Характерно, что в ГЗ-2 отмечены

положительные корреляционные связи эмоциональной нагрузки с дополнительными (негативно нагруженными) цветами, в ГЗ-3 – с основными (положительно нагруженными). Примечательно, что у детей всех трех групп здоровья уровень отношения к телу представлен через обратные связи с отрицанием тела (черный цвет). У детей ГЗ-1 в целом отмечается большее количество корреляционных связей между параметрами телесной репрезентации потребностей (площадей серого, черного и коричневого цвета) и эмоционального отношения к телу, указывая на опосредованность ценности тела отсутствием фрустрации в удовлетворении потребностей (отрицанием тела, защитных тенденций, сенсорного дискомфорта). Следует отметить, что у детей ГЗ-2 позитивное отношение к телу связано с возможностью удовлетворения потребности в активности. Данный факт согласуется с результатами эмпирического исследования, в котором была выявлена фрустрация потребности в активности в ГЗ-2, предположительно, опосредующая негативную нагруженность тела и менее позитивное к нему отношение. Характерно, что у детей всех трех групп здоровья статистически значимые корреляции между параметрами эмоциональной нагрузки тела и его частей и эмоционального отношения к телу не обнаружены. Данные факты, вероятно, указывают на наличие двух независимых компонентов в структуре аффективных репрезентаций у детей.

У подростков ГЗ-1, в отличие от детей, статистически значимые корреляции между различными параметрами методики «Волшебная страна чувств» не обнаружены, что указывает на возрастную динамику аффективных компонентов в структуре репрезентации тела по вектору их большей независимости, т.е. дифференциации. У подростков ГЗ-2, по сравнению с детьми, увеличивается количество статистически значимых корреляций между различными аффективными звеньями в структуре репрезентации тела. Примечательно, что у подростков ГЗ-2, в отличие от детей, появляются связи эмоциональной нагрузки тела и эмоционального отношению к телу с основными цветами, отражающими аффективно-потребностную сферу, причем, корреляции

носят противоречивый характер, вероятно, указывая на большую степень конфликтности эмоциональной нагруженности тела и вероятно, связанную с недостаточной продуктивностью аффективной саморегуляции. Предложенные интерпретации согласуются с результатами эмпирического исследования подростков ГЗ-2, у которых было отмечено увеличение степени негативной эмоциональной нагруженности тела и менее позитивное отношение к телу как в возрастной динамике, так и по сравнению с ГЗ-1 и ГЗ-3.

У подростков ГЗ-3 связи аффективных связей в динамике в целом остаются неизменными; параметр ЭО отношения к телу и его частям, так же, как и у детей ГЗ-3, независим от других аффективных звеньев. Отрицательная корреляция ЭН тела и площади фиолетового цвета согласуется с результатами эмпирического исследования ГЗ-3, в котором было обнаружено меньшее использование фиолетового цвета, связанного с потребностью в слиянии и эмоциональной привязанности, по сравнению с ГЗ-1 и ГЗ-3. Следует отметить, что у подростков всех трех групп здоровья статистически значимые корреляции между параметрами эмоциональной нагрузки тела и его частей и эмоционального отношения к телу не обнаружены, также как и у детей, подтверждая существование двух независимых векторов в системе аффективной репрезентации тела.

2.4.2 Специфика когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела у детей и подростков трех групп здоровья

Исследование когнитивных компонентов репрезентации тела у детей и подростков трех групп здоровья представлено результатами следующих методик: «Методика телесных промеров по М. Фельденкрайзу (в модификации И.А. Соловьевой) и «Классификация дескрипторов соматических ощущений» (КДСО – детский вариант).

«Методика телесных промеров по М. Фельденкрайзу (в модификации И.А. Соловьевой) использовалась с целью выявления степени точности

восприятия размеров различных частей тела у детей и подростков с различными группами здоровья, что, на наш взгляд, отражает онтогенетически более ранний, невербальный и менее осознанный когнитивный компонент репрезентации тела.

Сравнительный анализ проведения методики телесных промеров по М. Фельденкрайзу в группе детей позволяет в целом говорить о том, что ошибки в определении размеров частей собственного тела представлены у детей трех групп здоровья. Наиболее заметна разница в показателях по параметрам: «ширина плеч», «длина руки», «высота головы». Показатели детей трех групп здоровья характеризуются неоднородностью и неравномерностью в распределении ошибок при когнитивной оценке параметров собственного тела, в целом не связанной с фактором группы здоровья. Полученные результаты могут быть обусловлены особенностями детского возраста и отражать характерную для него недостаточную сформированность когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела.

Результаты выполнения методики телесных промеров в группе подростков показал, что величина ошибки у подростков ГЗ-3 по сравнению с подростками ГЗ-1 и ГЗ-2 больше по всем показателям, кроме параметра «ширина грудной клетки». Анализ возрастной динамики показателей по методике телесных промеров выявил обратные закономерности при сравнении ГЗ-1 и ГЗ-2 с ГЗ-3. У подростков ГЗ-1 и ГЗ-2 в целом отмечается уменьшение величины ошибки при когнитивной оценке собственных телесных параметров по сравнению с показателями детей, в то время как у подростков ГЗ-3, наоборот, увеличение. По сравнению с показателями детей ГЗ-1 и ГЗ-2, величина точности оценки телесных параметров у подростков тех же групп здоровья возрастает незначительно, тогда как в ГЗ-3 возрастная динамика увеличения разницы в показателях между «реальным» и «ощущаемым» телом оказывается более выраженной. Подобная динамика в ГЗ-3 может указывать не только на механизмы задержки в формировании когнитивной репрезентации тела, но и регресса, что соответствует возрастанию компенсаторных стратегий «позитивизации» аффективной репрезентации тела и формированию феномена анозогнозии. Наименьшая

величина ошибки в когнитивной оценке параметров собственного тела регистрируется у подростков ГЗ-2, что может указывать на формирование ригидного невербального когнитивного компонента в структуре репрезентации тела.

Гендерные различия выявлены у детей ГЗ-1 и ГЗ-2 в точности оценки параметров тела, в то время как в ГЗ-3 подобные различия не обнаружены, что может указывать на возможное отставание в психосоматическом развитии респондентов ГЗ-3. Сравнительный гендерный анализ величины ошибки в оценке у подростков трех групп здоровья показал, что мальчики всех групп здоровья оказываются точнее в оценке собственного тела по ряду параметров, чем девочки, чего не наблюдается в группе детей. Указанная закономерность в гендерных различиях в большей степени проявляется у подростков ГЗ-1, вероятно, отражая процесс нормального психосоматического развития. Полученные данные согласуются с результатами зарубежных исследований, согласно которым девочки, в целом, более озабочены размерами тела, чем мальчики, и менее точно их оценивают, что также претерпевает определенную динамику с возрастом (В.К. Mendelson, D.R. White, M.J. Mendelson, 1996; К.С. Wood, J.A. Becker, J.K. Thompson, 1996). Девочки склонны к большей диссоциации в оценке реального и идеального размеров тела с тенденцией к недооценке реальных параметров тела, обусловленной желанием соответствовать модельным эталонам. Указанная закономерность становится более отчетливой к младшему подростковому возрасту (М.Ж. Maloney, J. McGuire, S.R. Daniels, В. Specker, 1989).

Методика «Классификация дескрипторов соматических ощущений» (КДСО) использовалась с целью выявления категориальной структуры телесного опыта у детей и подростков с различными группами здоровья, что, с авторской позиции, отражает онтогенетически более поздний, вербально опосредованный и более осознанный когнитивный компонент репрезентации тела.

По результатам методики КДСО более высокие показатели общего объема словаря телесных ощущений, а также объема телесного опыта по категориям отмечаются у детей ГЗ-3. У детей первой и второй групп здоровья наблюдаются

близкие показатели как общего объема словаря телесных ощущений, так и объема выбираемых дескрипторов по категориям. Для группы детей характерен более частотный выбор сенсорно-дискриминационных (С) дескрипторов, причем у детей ГЗ-3 объем (С) дескрипторов значительно превышает аналогичные показатели у детей ГЗ-1 и ГЗ-2, что может быть связано с наличием опыта хронической соматической патологии у данных респондентов. В целом дети ГЗ-1 и ГЗ-2 обнаруживают более сходную структуру распределения дескрипторов телесных ощущений по категориям по сравнению с детьми ГЗ-3. Примечательно, что дети трех групп здоровья наибольшее количество дескрипторов выбирают из категории дескрипторов эмоционального тона (ЭТ), что, вероятно, связано с большей представленностью аффективной репрезентации тела в данной возрастной группе.

Анализируя представленные данные у детей с различными группами здоровья в целом, можно сказать, что во всех категориях количество выбираемых дескрипторов телесных ощущений больше у детей третьей группы здоровья, что может указывать как на диффузность структуры телесного опыта (А.Ш. Тхостов, 2002), так и его расширение в связи с наличием соматического заболевания (Ю.В. Чебакова, 2006). С учетом результатов, полученных при исследовании подростков ГЗ-3 с использованием этапа со свободной классификацией дескрипторов соматических ощущений, а также опираясь на данные об особенностях аффективной репрезентации тела, для ГЗ-3 характерна именно недифференцированность структуры телесного опыта, свидетельствующая о незрелости когнитивной репрезентации тела.

Анализ возрастной динамики результатов методики КДСО показывает, что показатели как общего объема словаря телесных ощущений, так и объема телесного опыта по категориям в ГЗ-1 и ГЗ-2 возрастают и приближаются к показателям ГЗ-3; динамика же объема словаря в ГЗ-3 незначительна. При этом подростки всех трех групп здоровья все так же более часто выбирают (С) дескрипторы. Примечательно, что у подростков ГЗ-1 и ГЗ-2 отмечается тенденция к увеличению частоты выбора дескрипторов эмоционального отношения (ЭО) и

универсальных дескрипторов (У), причем подростки ГЗ-1 по частоте выбора категории (У) занимают лидирующую позицию по сравнению с выбором подростков ГЗ-2 и ГЗ-3, чьи показатели в данной категории практически равны. Расширение словаря по указанным категориям дескрипторов могут свидетельствовать как об интенсивном когнитивном развитии, так и большей эмоциональной дифференцированности за счет функции вербального опосредования.

Как показало исследование О.Г. Мотовилина (2001), посвященное изучению представлений ребенка о собственном теле в условиях нормальной семьи и интерната, с возрастом происходит расширение словаря телесных ощущений и увеличивается количество (С) дескрипторов. Дескрипторы, отражающие мотивационно-аффективный компонент, отходят на второй план, в процессе взросления отмечается незначительный прирост (Оц) дескрипторов, а также происходит снижение эмоционального компонента телесного опыта, что находит свое отражение в снижении количества (ЭТ) дескрипторов и возрастании количества (ЭО) дескрипторов. С возрастом дети используют больше (У) дескрипторов, что указывает на интеграцию телесного опыта в единую картину мира. Также автор отмечает, что с целью описания болевого опыта старшие дети используют универсальные дескрипторы, а младшие – сенсорные и эмоциональные (О.Г. Мотовилин, 2001).

Результаты, полученные в исследовании О.Г. Мотовилина о возрастании количества выбираемых респондентами (С) дескрипторов, согласуются с показателями подростков ГЗ-1 и ГЗ-2. Увеличение у подростков ГЗ-1 и ГЗ-2 (ЭО) и (У) дескрипторов, согласно интерпретации О.Г. Мотовилина, указывают на расширение категориальной структуры соматических ощущений в сторону интеграции телесного опыта в единую картину мира. Подобных маркеров нормального психосоматического развития в ГЗ-3 не обнаруживается, что указывает на механизм психосоматического дизонтогенеза, вероятно, по типу задержки в формировании произвольной регуляции телесных функций, связанной с незрелостью когнитивной репрезентации тела.

Анализ этапа свободной классификации дескрипторов в методике КДСО у подростков трех групп здоровья показал увеличение количества создаваемых групп от ГЗ-1 к ГЗ-3. Примечательно, что трудности категоризации, проявляющиеся в сложностях объединения дескрипторов в группы, а также трудностях названия групп у подростков ГЗ-1 отмечались в 10% случаев, у подростков ГЗ-2 – в 40% случаев и у подростков ГЗ-3 – в 70% случаев. Большое количество групп на этапе классификации, по данным О.Г. Мотовилина, свидетельствует о диффузности категориальной структуры телесного опыта и встречается у детей младшего возраста (О.Г. Мотовилин, 2001).

Качественный анализ проведенной классификации дескрипторов обнаруживает различные механизмы и способы классификации у подростков трех групп здоровья. Использование дескрипторов из разных блоков, выделенных О.Г. Мотовилиным, отражает специфические особенности у подростков трех групп здоровья. Подростки ГЗ-1 и ГЗ-2 в процессе создания классификационных групп чаще, чем подростки ГЗ-3 используют дескрипторы, входящие в сенсорно-дискриминационный блок. Дескрипторы мотивационно-аффективного блока наиболее всего представлены у подростков ГЗ-1, тогда как в ГЗ-2 и ГЗ-3 использование дескрипторов данного блока снижается. Когнитивный блок дескрипторов больше всего представлен у подростков ГЗ-1 и ГЗ-2 по сравнению с ГЗ-3, что также указывает на дефицитарность когнитивной репрезентации тела в третьей группе здоровья.

В целом классификационные группы обследованных подростков ГЗ-1, ГЗ-2 и ГЗ-3 можно разделить на два основных типа. Первый тип можно обозначить как денотативный, связанный с преимущественным включением дескрипторов в единую группу на основании общих существенных признаков («понятийные группы» по О.Г. Мотовилину). Второй тип классификационных групп можно назвать коннотативным, предполагающим, помимо существенных признаков, включение дескрипторов на основании субъективного опыта, ситуативных состояний, эмоциональных критериев и т.д. («таксономические группы» и «сопряженные группы» по О.Г. Мотовилину) Первый тип классификационных

групп предполагает выделение четких универсальных категорий, соотносимых с основными блоками, описанными О.Г. Мотовилиным. Второй тип характеризуется отсутствием четких категорий; классификационные группы имеют индивидуальный смысл для испытуемых.

Анализ типов классификации у подростков трех групп здоровья выявил следующие особенности. Больше всего денотативных групп в процессе классификации создают подростки ГЗ-1, процент создания подобных групп снижается у ГЗ-2 и значимо ниже по сравнению с двумя другими группами здоровья у ГЗ-3; процент коннотативных групп, наоборот, значимо выше у ГЗ-3 по сравнению с ГЗ-1 и ГЗ-2.

В исследовании О.Г. Мотовилина было выделено две центральных тенденции развития структуры телесного опыта, связанные, во-первых, с процессом его дифференциации и усложнения организации, во-вторых, интеграции и повышения целостности. При этом дифференциация проявлялась в феноменах расширения категориальной структуры телесного опыта и разделения аффективных и соматических феноменов (О.Г. Мотовилин, 2001). Подобное базовое деление телесного опыта на эмоциональные состояния и соматические ощущения было показано и в исследованиях, выполненных на взрослых респондентов в сравнении с онкологическими больными (А.Ш. Тхостов, 2002), больными сахарным диабетом и бронхиальной астмой (Ю.В. Чебакова, 2006). Подростки ГЗ-3, в отличие от ГЗ-1 и ГЗ-2 показали низкий уровень базовой дифференцированности телесных и эмоциональных состояний (20% против 60% и 85% соответственно), что свидетельствует о задержанном психосоматическом развитии в связи с незрелостью вербально опосредованного когнитивного компонента репрезентации тела.

Примечательно, что у 45% испытуемых ГЗ-2 были зарегистрированы механизмы и способы классификации, отличные как от ГЗ-1, так и ГЗ-3. Для данной подгруппы респондентов оказалось характерно создание четко дифференцированных групп из сенсорно-дискриминационного блока, связанных с конкретными болезненными состояниями: «простуда», «головная боль», «связано

с сердцем», «трудности дыхания», «боль в животе». Полученные результаты согласуются с данными, полученными в исследовании Ю.В. Чебаковой на части больных сахарным диабетом, для которых расширение сенсорного блока телесных ощущений являлось не следствием диффузности категориальной структуры, а способом дифференцированного накопления опыта болезни, что опосредовало эффективность психологической саморегуляции данных респондентов (Ю.В. Чебакова, 2006).

В ходе проведения качественного анализа свободной классификации дескрипторов с позиции представленности болевого опыта было обнаружено, что подростки ГЗ-2 и ГЗ-3 относят болевые дескрипторы к тем областям тела, в которых имеется периодически или постоянно повторяющийся болевой опыт, что соответствовало данным их медицинских карт.

Корреляционный анализ между параметрами методик телесных промеров по М. Фельденкрайзу и КДСО позволил проанализировать взаимосвязи между различными когнитивными компонентами в структуре репрезентации тела у детей и подростков трех групп здоровья (см. Приложение Д).

В целом у детей всех трех групп здоровья прослеживается общая направленность знака корреляций (чем точнее когнитивная оценка телесных параметров, тем больше выбирается дескрипторов телесных ощущений из различных категорий), причем количество связей увеличивается от ГЗ-1 к ГЗ-3. Следует отметить, что у детей ГЗ-1 взаимосвязи прослеживаются в отношении неспецифических дескрипторов (оценочных, универсальных, неопределенных), указывая в целом на расширение когнитивной сферы; у данных респондентов, вероятно, два уровня когнитивных компонентов (невербальный и вербально опосредованный) начинают формироваться независимо в структуре репрезентации тела. У детей ГЗ-2 и ГЗ-3 в систему корреляционных связей включаются и (С), и (ЭО) дескрипторы, что, может быть обусловлено наличием опыта болезни. Примечательно, что в ГЗ-3 зарегистрировано максимальное количество корреляций, имеющих разнонаправленные знаки (положительные в отношении (Н) дескрипторов), что подтверждает большую диффузность

когнитивной системы в структуре репрезентации тела у детей данной группы по сравнению с ГЗ-1 и ГЗ-2.

В трех группах здоровья отмечена разная динамика когнитивных связей в системе репрезентации тела. В ГЗ-1 количество корреляционных связей увеличивается и имеет, так же, как и у детей, обратный знак. У подростков ГЗ-1 расширение категориальной структуры телесного опыта опосредует точность когнитивной оценки телесных параметров; невербальный и вербально опосредованный компоненты когнитивной системы репрезентации тела становятся более взаимосвязанными, в отличие от детей. В ГЗ-2 при общем увеличении корреляций в возрастной динамике они меняют знак, т.е. расширение категориальной структуры телесного опыта ухудшает когнитивную оценку параметров тела, что свидетельствует о рассогласовании невербального и вербально опосредованного когнитивных компонентов, большей диффузности когнитивной системы в структуре репрезентации тела в ГЗ-2. В ГЗ-3 в возрастной динамике, в отличие от ГЗ-1 и ГЗ-2, общее количество корреляций уменьшается, а сами корреляции, как и в ГЗ-2, меняют свой знак. Полученные результаты в ГЗ-3 могут свидетельствовать об упрощении когнитивной системы при ее общей диффузности в структуре репрезентации тела, что может указывать на механизм регресса психосоматического развития.

2.4.3 Специфика аффективно-когнитивных взаимосвязей в структуре репрезентации тела у детей и подростков трех групп здоровья

Рассмотрим корреляционные связи аффективных звеньев, представленных показателями методики «Волшебная страна чувств», с показателями точности когнитивной оценки телесных параметров по методике телесных промеров по М. Фельденкрайзу, презентирующими невербальный, менее осознанный когнитивный компонент, в структуре репрезентации тела (см. Приложение Д).

В целом во всех трех группах здоровья детей регистрируются отрицательные корреляции обсуждаемых параметров (чем позитивнее

эмоциональные параметры тела, тем точнее когнитивная оценка); количество связей достаточно велико и равно во всех группах. Для детей ГЗ-1 характерно, что точность оценки телесных параметров опосредуется минимальной представленностью защитных тенденций и физического дискомфорта в телесном образе, в то время как у детей ГЗ-2 она связана с представленностью основных потребностей – психофизиологическом комфорте и спокойствии, активности, позитивной жизненной перспективе, ГЗ-3 – в самореализации. Примечательно, что у детей ГЗ-3 максимально представлены связи эмоциональной нагрузки головы и живота с точностью когнитивной оценки различных параметров тела. В целом полученные результаты в группе детей могут свидетельствовать о формировании взаимосвязей аффективных звеньев с когнитивным компонентом точности когнитивной оценки телесных параметров в системе репрезентации тела. Формирование аффективно-когнитивных взаимосвязей в структуре репрезентации тела отражает реализацию методологической идеи Л.С. Выготского о единстве аффекта и интеллекта (Л.С. Выготский, 1983), а полученные результаты в группе детей свидетельствуют, что базовый уровень изучаемых взаимосвязей формируется независимо от соматического статуса.

Анализ возрастной динамики корреляций показывает, что в ГЗ-1 направленность корреляций сохраняется с уменьшением их общего количества, что указывает на большую независимость точности когнитивной оценки телесных параметров от аффективных звеньев в структуре репрезентации тела. В ГЗ-2 при сохранении знака корреляций, напротив, их количество увеличивается, что может указывать на формирование системы аффективно-когнитивных связей с жестким, ригидным когнитивным компонентом оценки телесных параметров. В ГЗ-3 отмечается максимальный прирост корреляций, причем их знак носит как положительный, так и отрицательный характер, что указывает на формирование неустойчивой системы связи аффективных звеньев с когнитивным компонентом оценки телесных параметров. Полученные данные у подростков ГЗ-3 указывают на доминирование аффективных компонентов в структуре репрезентации тела и согласуются с результатами эмпирического исследования низкой точности

когнитивной оценки телесных параметров у данных респондентов. Примечательно, что у подростков ГЗ-2 выявленные корреляции прослеживаются преимущественно в отношении верхней части тела; у подростков ГЗ-3 обратные корреляции, указывающие на адекватные аффективно-когнитивные связи, касаются социально незначимых телесных параметров (например, ширины шеи, длины руки). Обсуждаемые результаты еще раз указывают на механизм психосоматического дизонтогенеза в форме регресса, при котором дети ГЗ-3 обнаруживают лучшие показатели, чем подростки.

Рассмотрим корреляционные связи аффективных звеньев, представленных показателями методики «Волшебная страна чувств», с показателями сформированности категориальной структуры телесного опыта через вербальное опосредование по методике КДСО, презентующими вербально опосредованный, более осознанный когнитивный компонент, в структуре репрезентации тела (таблица значимых корреляций ($p \leq 0,05$) представлена в Приложении 2).

У детей ГЗ-1 расширение категориальной структуры телесного опыта связано с удовлетворением потребности в привязанности (фиолетовый цвет); наиболее эмоционально «нагрузочной» частью тела, опосредующей становление данного когнитивного звена в структуре репрезентации тела (вербальное опосредование телесного опыта), выступают руки, что согласуется с результатами эмпирического исследования. Дети ГЗ-2 также обнаруживают большое количество аффективно-когнитивных взаимосвязей, однако, корреляции являются обратными. Прямые корреляции, установленные у детей ГЗ-1, вероятно, указывают на формирование иерархической системы аффективно-когнитивных взаимосвязей в системе репрезентации тела. Обратные корреляции у детей ГЗ-2 могут быть обусловлены большей внутренней конфликтностью аффективных компонентов репрезентации тела, что приводит к дисфункциональному формированию системы аффективно-когнитивных взаимосвязей на уровне вербального опосредования, в то время как невербальный когнитивный компонент, как показал корреляционный анализ, является ригидным и формирует

жесткие связи с аффективными звеньями в системе репрезентации тела. Также у детей ГЗ-2 аффективное звено эмоционального отношения входит в структуру аффективно-когнитивных связей, тогда как у детей ГЗ-1 указанный компонент не обнаруживает корреляций с показателями категориальной структуры телесного опыта.

В возрастной динамике в целом количество корреляций в ГЗ-1 и ГЗ-2 между параметрами аффективных компонентов и вербальным опосредованием категориальной структуры телесного опыта уменьшается, что свидетельствует о большей автономности аффективных и когнитивных компонентов репрезентации тела у подростков. У подростков ГЗ-1 по сравнению с детьми в структуру аффективно-когнитивных репрезентаций встраивается уровень отношения к телу. Таким образом, в ГЗ-1 наблюдается возрастная динамика, имеющая вектор автономности аффективных и когнитивных (как невербального, так и вербально опосредованного) компонентов в структуре репрезентации тела при ведущей роли когнитивного звена, в то время как в ГЗ-2 система аффективно-когнитивных взаимосвязей разбалансирована: регистрируются жесткие связи точности когнитивной оценки телесных параметров с аффективными звеньями в структуре репрезентации тела и обратные связи вербального когнитивного компонента (опосредования категориальной структуры телесного опыта) с аффективными, что соответствует механизму искажения психосоматического развития в рамках дисгармоничного психосоматического дизонтогенеза. Обратные корреляции у подростков ГЗ-2 могут свидетельствовать о компенсаторном механизме, при котором формирование вербального уровня когнитивных компонентов снижает эмоциональную нагрузку тела, являющейся, согласно полученным эмпирическим данным, максимально негативной и внутренне конфликтной у данных респондентов, по сравнению с ГЗ-1 и ГЗ-3.

Примечательно, что и у детей, и у подростков ГЗ-3 корреляции между параметрами методик «Волшебная страна чувств» и КДСО отсутствуют, аффективно-когнитивные взаимосвязи в структуре репрезентации тела на уровне

вербального опосредования не формируются, что свидетельствует в пользу гипотезы о задержанном психосоматическом развитии.

Таким образом, исследование возрастной динамики аффективно-когнитивных взаимосвязей в структуре репрезентации тела позволило эмпирически верифицировать как нормальное психосоматическое развитие в ГЗ-1, так и различные варианты и механизмы психосоматического дизонтогенеза в ГЗ-2 и ГЗ-3. В ГЗ-2 разбалансированная система аффективно-когнитивных связей наиболее соответствует дисгармоничному варианту дизонтогенеза, выделенному и описанному В.В. Лебединским на модели психопатий (В.В. Лебединский, 1985), при котором аффективная и интеллектуальная сферы не интегрированы в связи с преобладанием эмоциональной саморегуляции. Во второй группе здоровья, напротив, преобладает уровень невербальной когнитивной саморегуляции при недостаточной сформированности вербально опосредованного когнитивного уровня и неэффективности аффективной саморегуляции, однако, данный вариант отклонения от нормального хода психосоматического развития также указывает на дисгармонию, возникающую по механизму асинхронии, или искажения. В ГЗ-3 выявляется задержанный вариант психосоматического дизонтогенеза, формирующийся по сложному, сочетанному механизму регресса (на уровне базальных невербальных аффективно-когнитивных связей) и задержки (на уровне вербально опосредованной системы аффективно-когнитивных взаимосвязей). Описанные выше эмпирически выделенные варианты психосоматического дизонтогенеза теоретически обоснованы В.В. Николаевой, Г.А. Ариной (В.В. Николаева, Г.А. Арина, 2003, 1996).

2.4.4 Специфика стилей родительского воспитания и их связи с аффективными и когнитивными компонентами в структуре репрезентации тела у детей трех групп здоровья

Исследование стилей родительского воспитания у детей трех групп здоровья представлено результатами методики «Анализ семейного воспитания» (АСВ) для родителей детей от 3 до 10 лет Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкого.

Результаты исследования методики АСВ в целом по различным параметрам имеют «ступенчатую» структуру, при которой ГЗ-2 всегда обнаруживает показатели между значениями ГЗ-1 и ГЗ-3. Увеличение показателей от ГЗ-1 к ГЗ-3, зарегистрированы по шкалам «гиперпротекция» (Г+), «потворствование» (У+), «недостаточный уровень требований» (Т-), «высокий уровень запретов» (З+), «недостаточность санкций» (С-), «расширение родительских чувств» (РРЧ), «проекция детских качеств» (ПДК). «воспитательная неуверенность» (ВН). Уменьшение значений от ГЗ-1 к ГЗ-3 отмечены по параметрам «гипопротекция» (Г-), «игнорирование потребностей ребенка» (У-), «недостаточный уровень запретов» (З-), «высокий уровень санкций» (С+), «вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания ребенка» (ВК).

Хотя статистически значимых различий в показателях шкал АСВ между группами детей ГЗ-1 и ГЗ-2 не обнаружено, что сближает родителей детей данных групп здоровья по стилю воспитания, проанализируем сходные показатели по параметрам методики АСВ, описывающие общность паттерна родительского воспитания в ГЗ-2 и ГЗ-3. Близкие значения в ГЗ-2 и ГЗ-3 получены по шкалам Г+, Г-, З+, ПДК, что свидетельствует о склонности родителей детей ГЗ-2 и ГЗ-3 к повышенному уровню гиперпротекции и запретов, а также инфантилизации, что, вероятно, связано с наличием соматического неблагополучия детей в той или иной степени. Показатели по указанным параметрам выше в ГЗ-3. Подобный паттерн, характеризующийся сохранением симбиотических отношений с ребенком за счет гиперопеки и инфантилизации при культивировании ограничительного поведения, согласуется с данными исследования Е.В. Котовой,

проведенного на часто болеющих детях и детях с нарушениями опорно-двигательного аппарата старшего дошкольного возраста (Е.В. Котова, 2003). Автором выявлены паттерны гиперпротекции, высокий уровень требований и стремление инфантилизировать часто болеющего ребенка с проекцией на него личной и социальной несостоятельности. Гиперопекающий стиль воспитания был зарегистрирован в исследовании детей с онкопатологией (М.П. Аралова, К.С. Асланян, Е.В. Полевиченко, 1997), с хронической соматической патологией (А.А. Лифинцева, 2005), при аллергических заболеваниях у дошкольников (М.Н. Елиашвили, 2012), на модели семей подростков, страдающих бронхиальной астмой (Е.Е. Русякова, 2004), у детей с детским церебральным параличом (И.В. Шаповаленко, Т.Б. Миронова, 2002). Механизмы инфантилизации больного ребенка и ограничительного поведения родителей были установлены при исследовании подростков, перенесшие хирургическую коррекцию врожденного порока сердца «синего типа» (А.С. Султанова, А.Н. Васина, Т.Г. Горячева, И.В. Кокшенев, 1997), детей с онкопатологией (Н.А. Урядницкая, 1998), тяжелыми соматическими заболеваниями (О.Б. Зерницкий, 2005), на модели соматически ослабленных детей (Ж.Г. Дусказиева, 2015). Примечательно, что по данным настоящего исследования, в ГЗ-2 и ГЗ-3 был выявлен паттерн гиперопеки с высоким уровнем запретов, хотя, например, в ряде приведенных для сравнительного анализа исследованиях гиперопека сочеталась с недостаточностью запретов (М.П. Аралова, К.С. Асланян, Е.В. Полевиченко, 1997; А.А. Лифинцева, 2005). Таким образом, сходные результаты были получены разными авторами, исследовавших преимущественно детей третьей группы здоровья. Характерно, что в немногочисленных исследованиях, посвященных паттернам родительского воспитания детей, которых можно отнести ко второй группе здоровья, их специфика по сравнению с детьми третьей группы здоровья не зафиксирована. Например, в обсуждаемом выше исследовании Е.В. Котовой, посвященном и детям второй, и третьей группы здоровья, приводится анализ общего паттерна родительского воспитания. В настоящем исследовании нами

были получены специфические характеристики, отличающие родительские паттерны детей ГЗ-2 и ГЗ-3.

По результатам исследования методики АСВ в целом ГЗ-3 имеет больше отличий по параметрам, чем ГЗ-2 и ГЗ-1, паттерны родительского воспитания в котором, как указывалось выше, более схожи. Проанализируем отличительные особенности паттернов детско-родительского отношения в ГЗ-3.

Специфичными характеристиками стиля родительского воспитания в ГЗ-3 являются потворствование потребностям ребенка (У+), низкий уровень требований (Т-) и санкций (С-), воспитательная неуверенность (ВН), фобия утраты ребенка (ФУ). Таким образом, в сочетании с характеристиками, выделенными выше, стиль родительского воспитания в ГЗ-3 имеет большую внутреннюю конфликтность: гиперопека с высоким уровнем запретов сочетается с низким уровнем требований и санкций, потворствованием потребностям ребенка с его инфантилизацией на фоне воспитательной неуверенности и фобии утраты. Коммуникации приобретают двойственный, дезориентирующий характер, а сами запреты принимают статус формально предъявляемых. По мнению Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкого, высокие показатели по шкале (У+) могут быть связаны со «слабостью» и исключительностью детей данной группы с точки зрения их матерей (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий). Паттерн потворствования был выявлен в исследованиях часто болеющих детей и детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата старшего дошкольного возраста (Е.В. Котова, 2003), детей с хронической соматической патологией (А.А. Лифинцева, 2005), при аллергических заболеваниях у дошкольников (М.Н. Елиашвили, 2012), на модели семей подростков, страдающих бронхиальной астмой (Е.Е. Руслякова, 2004), в семьях с подростками больными муковисцидозом (В.А. Мохов, М.А. Крештапова, О.С. Шибкова, Дианова О.Н, 2011). Низкий уровень санкций был зарегистрирован в исследовании детей с онкопатологией (М.П. Аралова, К.С. Асланян, Е.В. Полевиченко, 1997); воспитательная неуверенность – у детей с хронической соматической патологией (А.А. Лифинцева, 2005); фобия утраты ребенка – у детей с хронической соматической патологией (А.А. Лифинцева, 2005), часто

болеющих детей и детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата старшего дошкольного возраста (Е.В. Котова, 2003), на модели семей подростков, страдающих бронхиальной астмой (Е.Е. Русякова, 2004); амбивалентность стиля родительского воспитания – в семьях с подростками больными муковисцидозом (В.А. Мохов, М.А. Крештапова, О.С. Шибкова, Дианова О.Н, 2011), среди часто болеющих детей младшего, среднего и старшего дошкольного возраста (Г.Г. Вылегжанина, 2006; В.А. Ковалевский 1997).

Таким образом, паттерн родительского воспитания детей ГЗ-3 – внутренне конфликтный и непоследовательный, отражающий психоэмоциональные проблемы самих родителей болеющих детей, – обуславливает комплекс компенсаторных стратегий детей и подростков ГЗ-3, выражающийся в снижении потребности в привязанности, повышении потребности а активности, «позитивизации» эмоциональной репрезентации тела с недостаточным развитием когнитивной как составляющие общего феномена анозогнозии, наиболее полно раскрывающегося к младшему подростковому возрасту. В исследовании О.Л. Романовой установлена динамика когнитивной и эмоциональной составляющей материнской позиции по отношению к больному ребенку, страдающего церебральным параличом: первые три года характеризуются анозогностическим отношением к болезни. Перестроение родительской позиции связывается с когнитивной переоценкой патологии ребенка и представлено отвержением ребенка в период дошкольного детства (О.Л. Романова, 1988). Можно предположить, что анозогнозия в группе ГЗ-3 является отражением подобной родительской позиции, и, в отличие от матерей детей с детским церебральным параличом, у матерей ГЗ-3 подобной когнитивной переоценки не происходит, что закрепляет и усиливает данный феномен в группе подростков.

Анализируя данные, полученные в ходе проведения методики АСВ, следует отметить, что с учетом результатов по основным (Г+, У+, З+, Т-, С-) шкалам и дополнительным (РРЧ, ПДК, ВН, ФУ) шкалам, матери детей ГЗ-3 демонстрируют тенденция к стилю воспитания по типу доминирующей гиперпротекции.

Подобного рода тенденция заметно менее выражена у матерей детей ГЗ-2 и отсутствует у матерей ГЗ-1.

Корреляционный анализ между параметрами методики АСВ и аффективно и когнитивными компонентами в структуре репрезентации тела у детей с различными группами здоровья позволил выявить следующие особенности (см. Приложение Д).

У детей всех трех групп здоровья параметры гипер- и гипопротекции взаимосвязаны с телесной репрезентацией потребностей, причем в ГЗ-3, в отличие от ГЗ-1 и ГЗ-2, корреляции имеют положительный знак, указывая на «позитивизацию» данного аффективного компонента в структуре репрезентации тела в связи с доминирующей гиперпротекцией у детей ГЗ-3. Указанная закономерность для ГЗ-3 наблюдается и для других аффективных звеньев в системе репрезентации тела. Примечательно, что у детей ГЗ-1 проекция детских качеств выступает формирующим категориальную структуру телесного опыта фактором; у детей ГЗ-2 и ГЗ-3 зарегистрировано большее количество связей параметров АСВ с параметрами КДСО и эмоциональной нагрузки тела. Для детей ГЗ-3 характерно, что стиль родительского воспитания также опосредует и эмоциональное отношение к телу и его частям, в отличие от ГЗ-1 и ГЗ-2; в ГЗ-3 наблюдается в целом большее количество корреляций параметров АСВ и аффективных и когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела. Следует отметить, что в ГЗ-3, в отличие от ГЗ-1 и ГЗ-2, важной координатой формирования аффективных и когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела выступает фобия утраты ребенка, причем указанный фактор опосредует негативную нагрузку аффективных звеньев. Полученные результаты в ГЗ-3 свидетельствуют в пользу гипотезы о том, что стиль воспитания по типу доминирующей гиперпротекции может выступать фактором нарушения аффективно-когнитивных взаимосвязей в системе репрезентации тела.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В теоретической части настоящего исследования проведен анализ подходов, раскрывающих понятие психической репрезентации; раскрыто представление о структуре и специфике телесного опыта, рассмотрены особенности психосоматического развития и онтогенеза телесности, а также проведен анализ экспериментально-психологических исследований аффективных и когнитивных звеньев в структуре репрезентации тела в онтогенезе. Раскрыта специфика детско-родительских отношений в ситуации соматической, неврологической и психической патологии у детей. Проведено клиническое описание различных групп здоровья.

Кроме того, разработана схема диагностического исследования динамики аффективно-когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела при психосоматическом дизонтогенезе у детей и подростков на моделях различных групп здоровья, включая модификацию ряда экспериментальных процедур. Выявлены особенности возрастной динамики аффективных и когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела у детей и подростков с различными группами здоровья. Проведен сравнительный анализ аффективно-когнитивных взаимосвязей в структуре репрезентации тела у детей и подростков с различными группами здоровья. Исследованы детско-родительские отношения в семьях детей, имеющих различные группы здоровья.

Проведенное эмпирическое исследование позволило сделать следующие **выводы:**

1. Репрезентация тела является сложной динамической системой, состоящий из аффективных (телесной репрезентации потребностей, эмоциональной нагруженности тела и его частей, эмоционального отношения к телу) и когнитивных (невербального – точности когнитивной оценки параметров тела; вербально опосредованных – параметров семантической категориальной структуры телесного опыта) компонентов, каждый из которых имеет свою логику

формирования в зависимости от возраста и группы здоровья, отражающую механизмы психосоматического онтогенеза и дизонтогенеза.

2. В первой группе здоровья возрастная динамика репрезентации тела соответствует нормальному психосоматическому развитию: аффективные компоненты формируются независимо друг от друга; когнитивные компоненты образуют иерархическую систему при ведущей роли вербально опосредованного когнитивного уровня; аффективно-когнитивные взаимосвязи отражают постепенную дифференциацию аффективных компонентов от невербального и вербально-опосредованного когнитивных уровней.

3. Во второй группе здоровья возрастная динамика репрезентации тела соответствует дисгармоничному варианту психосоматического дизонтогенеза по механизму искажения: аффективные компоненты недостаточно дифференцированы при конфликтности, повышенной аффективной нагрузке тела; когнитивные компоненты дезинтегрированы, отмечается рассогласование невербального и вербально опосредованного когнитивных уровней; система аффективно-когнитивных связей формируется разбалансированно с недостаточной сформированностью вербально опосредованного когнитивного уровня и доминированием ригидного невербального когнитивного звена при наличии обратных взаимосвязей аффективных звеньев с вербально опосредованным когнитивным уровнем, компенсирующих негативную эмоциональную нагрузку тела.

4. В третьей группе здоровья возрастная динамика репрезентации тела соответствует задержанному варианту психосоматического дизонтогенеза при сочетании механизмов задержки и регресса: аффективные компоненты недостаточно дифференцированы друг от друга; когнитивные компоненты становятся все меньше взаимосвязанными, когнитивная система при ее общей диффузности и несформированности упрощается; система аффективно-когнитивных связей не формируется, увеличивается количество разнонаправленных взаимосвязей аффективных компонентов с невербальным

когнитивным звеном и их полное отсутствие с вербально опосредованным когнитивным уровнем при ведущей роли аффективных компонентов.

5. Стилиевые характеристики воспитательного паттерна матерей детей третьей группы здоровья по типу доминирующей гиперпротекции опосредуют «позитивизацию» аффективных компонентов и выступают фактором нарушения аффективно-когнитивных взаимосвязей в структуре репрезентации тела.

Таким образом, выдвинутые в ходе исследования гипотезы нашли свое эмпирическое подтверждение. Тем не менее, проведенное исследование не является исчерпывающим, и представляет возможность дальнейшего изучения роли, взаимодействия и динамики аффективных и когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела на модели других клинических групп детей и подростков.

Так, например, представляется интересным и актуальным исследование аффективных и когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела у детей и подростков, имеющих четвертую и пятую группы здоровья, а также исследование указанных компонентов у детей, с различными соматическими заболеваниями (сравнение работы аффективных и когнитивных звеньев в структуре репрезентации у детей с бронхиальной астмой и сердечно-сосудистой патологией). Разделение респондентов на конкретные нозологические группы, возможно, позволит в дальнейшем прояснить вопрос относительно специфичности механизмов динамики аффективных и когнитивных компонентов у детей и подростков с различного рода соматической патологией, что внесет большой вклад в понимание проблемы взаимодействия аффекта и интеллекта, механизмов психосоматического онтогенеза и дизонтогенеза.

Данные, полученные в ходе настоящего исследования, могут быть использованы в практической работе психологов, врачей-педиатров и психиатров, направленной на предупреждение отклонений в психосоматическом развитии, что в дальнейшем может способствовать возникновению программ лечения заболеваний с учетом не только соматических, но и психологических факторов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абульханова, К.А. Принцип субъекта в отечественной психологии / К.А. Абульханова // Психология. Журнал высшей школы экономики. – 2005. – Т. 2, №. 4. – С. 3–22.
2. Адлер, А. Практика и теория индивидуальной психологии / А. Адлер. – М. : Академический проект, 2011. – 240 с.
3. Александер, Ф. Психосоматическая медицина / Ф. Александер. – М. : ЭКСМО–Пресс, 2002. – 352 с.
4. Алексеева, Ю.А. Клинико-функциональные и метаболические критерии формирования и прогнозирования уровня здоровья детей и подростков : дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.09 / Алексеева Ю.А. – Иваново, 2003. – 289 с.
5. Аммон, Г. Психосоматическая терапия / Г. Аммон. – СПб. Речь, 2000. – 238 с.
6. Ананьев, Б.Г. Психология и проблемы человекознания. Избранные психологические труды / Б.Г. Ананьев ; под ред. А.А. Бодалева. – М. : Ин-т практической психологии ; Воронеж : НПО «МОДЭК», 1996. – 382 с.
7. Андерсон, Дж. Когнитивная психология / Дж. Андерсон. – СПб. : Питер, 2002. – 496 с.
8. Андреева, Г.М. Зарубежная социальная психология XX столетия : теоретические подходы / Г.М. Андреева, Н.Н. Богомолова, Л.А. Петровская. – М. : Аспект Пресс, 2001. – 287 с.
9. Антропов, Ю.Ф. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков / Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко. – 2-е изд.– М. : Ин-т психотерапии, 2000. – 320 с.
10. Аралова, М.П. Психологическое исследование родительского отношения к дошкольникам в стадии ремиссии острого лимфобластного лейкоза / М.П. Аралова, К.С. Асланян, Е.В. Полевиченко // Социальные и психологические проблемы детской онкологии : материалы всеросс. конф. с международным участием (Москва, 04–06 июня 1997 г.). – М. : Glaxo Welcome, 1997. – С. 105–107.

11. Арина, Г.А. Психосоматический симптом как феномен культуры / Г.А. Арина // Телесность человека : междисциплинарные исследования. – М. : Философское общество СССР, 1991. – С. 45–54.
12. Артемьева, Е.Ю. Основы психологии субъективной семантики / Е.Ю. Артемьева. – М. : Наука, Смысл, 1999. – 350 с.
13. Ахтямова, О.В. Состояние здоровья и организация медицинской помощи социальным сиротам в домах ребенка общего типа (по материалам Республики Татарстан) : дис. ... канд. психол. наук : 14.00.09, 14.00.33 / О.В. Ахтямова. – Казань, 2004. – 188 с.
14. Баженов, А.В. Сравнительный анализ представлений о собственном теле у детей и подростков / А.В. Баженов, Д.А. Комолов // Вестник РГМУ. Периодическое медицинское издание. – 2011. – Специальный выпуск № 1. – С. 145.
15. Бажин, Е.Ф. Цветовой тест отношений : метод. рекомендации / Е.Ф. Бажин, А.М. Эткинд. – Л. : Ленинградский науч.-исслед. психоневрологический ин-т им. В.М. Бехтерева, 1985. – 18 с.
16. Баксанский, О.Е. Современный когнитивный подход к категории «образ мира» / О.Е. Баксанский, Е.Н. Кучер // Вопросы философии. – 2002. – № 8. – С. 52–69.
17. Баранов, А.А. Состояние современных детей и подростков и роль медико-социальных факторов в его формировании / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева // Вестник Российской Академии медицинских наук. – 2009. – № 5. – С. 6–11.
18. Баранов, А.А. Фундаментальные и прикладные проблемы педиатрии на современном этапе / А.А. Баранов, Л.А. Щеплягина // Российский педиатрический журнал. – 2005. – Т. 3. – С. 4–7.
19. Баскаков, В.Ю. Телесно-ориентированная психотерапия и психотехника: обобщение и сравнительный анализ существующих подходов / В.Ю. Баскаков // Телесность человека: междисциплинарные исследования. – М. : Философское общество, 1991. – С. 54–55.

20. Бейтс, Э. Интенции, конвенции и символы / Э. Бейтс // Психолингвистика. – М. : Прогресс, 1984. – С. 50–102.
21. Бернс, Р. Развитие Я-концепции и воспитание / Р. Бернс. – М. : Прогресс, 1986. – 230 с.
22. Бескова, Д.А. Клинико-психологические характеристики внешней и внутренней границ телесности (на модели соматоформных расстройств) : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Д.А. Бескова. – М., 2006. – 159 с.
23. Бион, У.Р. Научение через опыт переживания / У.Р. Бион. – М. : Когито–Центр, 2008. – 127 с.
24. Божович, Л.И. Этапы формирования личности в онтогенезе / Л.И. Божович // Вопросы психологии. – 1979. – Т. 4. – С. 23–25.
25. Бройтигам, В., Кристиан, П., Рад, М. Психосоматическая медицина. – М. : Гэотар Медицина, 1999. – 376 с.
26. Брунер, Дж.С. Психология познания / Дж.С. Брунер. – М. : Прогресс, 1977. – 413 с.
27. Брушлинский, А.В. Психология субъекта / А.В. Брушлинский. – СПб. : Алетейя, 2003. – 272 с.
28. Булыгина, М. В. Особенности коммуникации между матерью и ребенком с хроническим соматическим расстройством (на примере гастропатологии) : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.13 / М.В. Булыгина. – М., 2007. – 174 с.
29. Буренкова, Е.В. Образ тела как метафорическая репрезентация эмоционального состояния девушек 19–20 лет / Е.В. Буренкова // Психология телесности : теоретические и практические исследования. – Пенза : ПГПУ им. В.Г. Белинского, 2009. – С. 63–74.
30. Вахрушева, И.А. Отношение к болезни у подростков с заболеваниями желудочно-кишечного тракта : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / И.А. Вахрушева. – СПб., 2004. – 215 с.
31. Веккер, Л.М. Психика и реальность: единая теория психических процессов / Л.М. Веккер. – М. : Смысл ; Per Se, 2000. – 685 с.

32. Величковский, Б.М. Психология восприятия / Б.М. Величковский, В.П. Зинченко, А.Р. Лурия. – М. : МГУ, 1978. – 247 с.

33. Виноградова, Т.В. Внутренняя картина болезни при локальных поражениях мозга / Т.В. Виноградова // Вестник Московского ун-та. Сер. 14, Психология. – 1979. – № 2. – С. 56–60.

34. Волкова, Е.В. Развитие ментальных структур как основы специальных способностей : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.13 / Е.В. Волкова. – М., 2011. – 333 с.

35. Воронина, С.Н. Анализ медико-социально-психологического статуса дошкольника из группы риска по формированию бронхиальной астмы [Электронный ресурс] / С.Н. Воронина, Г.С. Маскова // Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. – 2010. – № 4. – URL : <http://medpsy.ru> (дата обращения : 05.02.2019).

36. Выготский, Л.С. Основы дефектологии / Л.С. Выготский. – СПб. : Лань, 2003. – 654 с.

37. Выготский, Л.С. Собрание сочинений : в 6 т. / Л.С. Выготский ; под ред. А.М. Матюшкина. – М. : Педагогика, 1983. – Т. 3: Проблемы развития психики. – 368 с.

38. Вылегжанина, Г.Г. Взаимосвязь родительского отношения и преобладающих мотивов к деятельности часто болеющего ребенка дошкольного возраста : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.13, 19.00.04 / Г.Г. Вылегжанина. – Красноярск, 2006. – 165 с.

39. Выхристюк, О.Ф. Проблемы хронической патологии в детском возрасте и демографическая ситуация / О.Ф. Выхристюк, Г.А. Самсыгина // Лечащий врач. – 1998. – № 4. – С. 39–43.

40. Горячев, В.В. Полиmodalный образ тела – собирательная модель-репрезентация телесности / В.В. Горячев // Современная психология : материалы междунар. науч. конф. Пермь, июнь 2012 г. – Пермь : Меркурий, 2012. – С. 4–5.

41. Горячева, Т.Г. Нейропсихологический статус детей, часто болеющих респираторными заболеваниями / Т.Г. Горячева // Клиническая и специальная психология. – 2013. – № 2 (6). – С. 46–54.

42. Горячева, Т.Г. Особенности становления саморегуляции у детей с перинатальной энцефалопатией / Т.Г. Горячева, Е.О. Седова // Медицинские науки. – 2007. – № 3. – С. 81–83.

43. Горячева, Т.Г. Роль детско-родительских отношений в психическом развитии подростков, оперированных по поводу врожденного порока сердца в раннем возрасте : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Т.Г. Горячева. – М., 1995. – 188 с.

44. Гостев, А.А. Психология вторичного образа / А.А. Гостев. – М. : Ин-т психологии РАН, 2007. – 512 с.

45. Грудинина, Н.А. Технология формирования здоровья и здорового образа жизни у дошкольников/ Н.А. Грудинина // Материалы всерос. науч.-практ. конф. : в 2 ч. – Чита : ЗабГПУ, 2005. – Ч. 2 – С. 23–28.

46. Гусева, С.В. Здоровье школьников, имеющих вторую группу здоровья и эффективность их летнего оздоровления : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.09 / С.В. Гусева. – Пермь, 2006. – 170 с.

47. Дисмор, А. Ментальные пространства с функциональной точки зрения / А. Дисмор // Язык и интеллект. – М. : Прогресс, 1996. – С. 385–411.

48. Дольто, Ф. Бессознательный образ тела / Ф. Дольто. – Ижевск : ERGO, 2006. – 376 с.

49. Дорожевец, А.Н. Искажение образа физического Я у больных ожирением и нервной анорексией : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / А.Н. Дорожевец. – М., 1986. – 194 с.

50. Дорожевец, А.Н. Исследование образа физического я : некоторые результаты и размышления / А.Н. Дорожевец, Е.Т. Соколова // Телесность человека : междисциплинарные исследования. – М. : Философское общество СССР, 1991. – С. 67–70.

51. Дорожнова, К.П. Роль социальных и биологических факторов в развитии ребенка / К.П. Дорожнова. – М. : Медицина. – 1983. – 160 с.
52. Дорфман, Л.Я. Современные исследования многоаспектности Я / Л.Я. Дорфман // Личность, креативность, искусство. – Пермь : ПГИИК и ПСИ, 2002. – С. 122–140.
53. Дорфман, Л.Я. Эмоции в искусстве : теоретические подходы и эмпирические исследования / Л.Я. Дорфман. – М. : Смысл, 1997. – 424 с.
54. Дусказиева, Ж.Г. Особенности материнского отношения к соматически ослабленным мальчикам / Ж.Г. Дусказиева // Вестник Красноярского гос. пед. ун –т им. В.П. Астафьева. – 2015. – № 1. – С. 145–147.
55. Елиашвили, М.Н. Особенности детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.10 / М.Н. Елиашвили – М., 2012. – 170 с.
56. Зерницкий, О.Б. Взаимосвязь родительского отношения с психоэмоциональными состояниями детей с тяжелыми соматическими заболеваниями : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / О.Б. Зерницкий. – М., 2005. – 179 с.
57. Зерницкий, О.Б. Родительство в семьях с детьми с ограниченными возможностями : проблемы, установки, поддержка / О.Б. Зерницкий // Мир психологии. – 2010. – № 1. – С. 134–145.
58. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Психодиагностика через рисунок в сказкотерапии / Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, Д.Б. Кудзилов. – СПб. : Речь, 2006. – 140 с.
59. Зинченко, В.П. Психология телесности между душой и телом / В.П. Зинченко, Т.С. Леви – М. : АСТ, 2006. – 736 с.
60. Ильина С.В. Эмоциональный опыт насилия и пограничная личностная организация при расстройствах личности : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / С.В. Ильина. – М., 2000. – 241 с.
61. Исаев, Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста: рук. для врачей / Д.Н. Исаев. – СПб. : Специальная литература, 1996. – 454 с.

62. Кадыров, И.М. Взаимодействие когнитивных и аффективных компонентов в структуре самосознания (на модели невротических расстройств) : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / И.Г. Кадыров. – М., 1990. – 188 с.

63. Калинкина, И.В. Психосемантическая репрезентация психологических понятий в структуре субъективного опыта студентов педагогического вуза : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / И.В. Калинкина – Ярославль, 2007. – 181 с.

64. Кильченко, О.И. Ментальная репрезентация психологических терминов : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / О.И. Кильченко. – Пермь, 2003. – 240 с.

65. Клацки, Р. Память человека / Р. Клацки. – М.: Мир, 1978. – 319 с.

66. Карауш, И.С., Куприянова И.Е. Способы выявления алекситимии у детей с сенсорными расстройствами // Вопросы психологии. 2017. № 6. С. 144-154.

67. Карауш, И.С., Шевченко, Ю.С., Куприянова, И.Е. Психические расстройства и реабилитация детей с нарушениями слуха и зрения// Социальная и клиническая психиатрия. 2017. Т. 27. № 2. С. 24-28.

68. Ковалевский, В.А. Развитие личности соматически больного дошкольника, младшего школьника и подростка. – Красноярск : КГПУ, 1997. – 122 с.

69. Ковалевский, В.А. Часто болеющий дошкольник : особенности родительского отношения [Электронный ресурс] / В.А. Ковалевский // Материалы первой Всероссийской конференции с международным участием. Социальные и психологические проблемы детской онкологии, Москва, 04–06 июня 1997 г. – М., 1997. – URL : http://vsem-mirom.narod.ru/together/conf1_43.htm#1 (дата обращения: 05.02.2019).

70. Коваленко, Н.А. Эмоциональный и телесный опыт ребенка с бронхиальной астмой : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Н.А. Коваленко. – М., 1998. – 227 с.

71. Когнитивная психология : учебник для студ. высш. учеб. заведений / под ред. В.Н. Дружинина, Д.В. Ушакова. – М. : PerSe, 2002. – 480 с.

72. Колесникова, И.А. Особенности формирования здоровья и физической подготовленности детей и подростков в период школьного обучения : автореф. дисс. ... канд. мед. Наук : 14.00.09 / И.А. Колесникова – Архангельск, 2008. – 25 с.

73. Колоскова, М.В. Онтогенез телесности и развитие общения : на пути к разделению Я – не Я / М.В. Колоскова // Телесность человека. Междисциплинарные исследования. – М. : Философское общество СССР, 1993. – С. 74–84.

74. Комолов, Д.А. Применение методики «Волшебная страна чувств» для исследования аффективной репрезентации тела у подростков с различными группами здоровья / Д.А. Комолов, Ю.В. Чебакова // Психология и психотехника. – 2016. – № 4. – С. 353–362. – DOI : 10.7256/2070-8955.2016.4.19473.

75. Кон, И.С. Категория «Я» в психологии / И.С. Кон // Психологический журнал. – 1981. – Т. 2, № 3. – С. 25–38.

76. Корнилов, С.А. Лонгитюдные исследования : теория и методы / С.А. Корнилов // Экспериментальная психология. – 2011. – Т. 4, № 4. – С. 101–116.

77. Корнилова, Т.В. Методы исследования в психологии : квазиэксперимент : Учеб. пособие для вузов / Т.В. Корнилова. – М. : ФОРУМ – ИНФРА–М, 1998. – 296 с.

78. Коробейников, И.А. Нарушения развития и социальная адаптация / И.А. Коробейников. – М. : PerSe, 2002. – 192 с.

79. Корсакова, Н.К. Клиническая нейропсихология / Н.К. Корсакова, Л.И. Московичюте. – М. : Академия, 2007. – 144 с.

80. Коршунова, А.Р. Аффективно-когнитивный стиль репрезентаций отношений «Я – Другой» у лиц с суицидальными попытками : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / А.Р. Коршунова. – М., 2005. – 179 с.

81. Котова, Е.В. Особенности родительского отношения к соматически больным детям старшего дошкольного возраста (на примере часто болеющих

детей и детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата) : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.13, 19.00.04 / Е.В. Котова. – Казань, 2003. – 179 с.

82. Кохут, Х. Восстановление самости [Электронный ресурс] / Х. Кохут. – М. : Когито-Центр, 2002. – 316 с. – URL: <http://www.biblioclub.ru/index.php?page=book&id=56418> (дата обращения: 05.02.2019).

83. Лабузов, Д.С. Состояние здоровья детей школьного возраста, подвергшихся хирургическому вмешательству по поводу острого аппендицита : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.08, 14.01.19 / Д.С. Лабузов. – Смоленск, 2010. – 156 с.

84. Лаврова, О.В. Концепция телесности в интегративной психотерапии / О.В. Лаврова // Журнал практического психолога. – 2006. – № 1. – С. 136–147.

85. Лапланш, Ж. Словарь по психоанализу / Ж. Лапланш, Ж.-Б. Понталис. – М. : Высшая школа, 1996. – 623 с.

86. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития у детей : учебное пособие / В.В. Лебединский. – М. : 1985. – 165 с.

87. Лекторский, В.А. Субъект, объект, познание / В.А. Лекторский. – М. : Наука, 1980. – 359 с.

88. Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность / А.Н. Леонтьев. – М. : Политиздат, 1977. – 304 с.

89. Леонтьев, Д.А. Очерки психологии личности / Д.А. Леонтьев – М. : Смысл, 1993. – 43 с.

90. Лифинцева, А.А. Особенности социально-психологической адаптации к школе детей с хроническими соматическими заболеваниями : дис. ... канд. психол. наук 19.00.13 / А.А. Лифинцева. – М., 2005. – 179 с.

91. Ломов, Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии / Б.Ф. Ломов. – М. : Наука, 1984. – 444 с.

92. Ломов, Б.Ф. Системность в психологии. Избранные психологические труды / Б.Ф. Ломов. – М.: МПСИ ; Воронеж : НПО МОДЭК», 2003. – 424 с.

93. Лэонтиу, Ф. Особенности половой идентичности у пациентов с личностными расстройствами : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Ф.М. Лэонтиу 1999. – 182 с.

94. Люшер, М. Цветовой тест Люшера / М. Люшер. – М. : Эксмо, 2005. – 192 с.

95. Макарова, З.С. Значение степени отягощенности наследственности в оценке здоровья детей раннего возраста / З.С. Макарова // Здоровоохранение Российской Федерации. – 1991. – № 1. – С. 8–9.

96. Макеев, Н.И. Особенности отношения подростков 15–17 лет к собственному здоровью / Н.И. Макеев, В.А. Родионов, Е.В. Антонова // Российский педиатрический журнал. – 2009. – № 5. – С. 45–47.

97. Маханева, М.Д. Воспитание здорового ребенка / М.Д. Маханева. – М. : АРКТИ, 2000. – 30 с.

98. Милейко, М.В. Влияние медицинской и психологической реабилитации на Я-концепцию у детей с хронической гастродуоденальной патологией / М.В. Милейко // Вестник Санкт-Петербургского ун-та. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. – 2008. – № 1. – С. 264–269.

99. Миллер, С. Психология развития: методы исследования / С. Миллер. – СПб. : Питер, 2002. – 463 с.

100. Михайленко, А.А. Анализ психических и личностных особенностей у детей с частыми респираторными инфекциями / А.А. Михайленко, В.А. Черешнев, Р.В. Майоров // Иммунопатология, аллергология, инфектология. – 2011. – № 3. – С. 58–61.

101. Михеева, А.А. Психологические особенности часто болеющих детей : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.13 / А.А. Михеева. – М., 1999. – 168 с.

102. Мотовилин, О.Г. Развитие представлений о собственном теле у детей в условиях семьи и интерната : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / О.Г. Мотовилин. – М., 2001. – 188 с.

103. Мухетдинова, А.Р. Функциональные особенности сердечно-сосудистой системы младших школьников разных групп здоровья : дис. ... канд. биол. наук : 03.00.13 / А.Р. Мухетдинова. – Казань, 2000. – 133 с.

104. Нагога, Е.А. Факторы риска формирования структурного аттрактора болезни у подростков и их матерей, страдающих нейродермитом : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Е.А. Нагога – СПб., 2002. – 248 с.

105. Найссер, У. Познание и реальность / У. Найссер. – М. : Прогресс, 1981. – 230 с.

106. Налчаджян, А.А. Социально-психологическая адаптация / А.А. Налчаджан. – Ереван : АН Армянской ССР, 1988. – 69 с.

107. Нестеренко, О.Б. Мультимодальные характеристики «структурного аттрактора болезни» у подростков : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / О.Б. Нестеренко. – СПб., 2005. – 245 с.

108. Нижегородцева, Н.В. Психолого-педагогическая готовность ребенка к школе / Н.В. Нижегородцева, В.Д. Шадринов. – М. : ВЛАДОС, 2001. – 256 с.

109. Николаева, В.В. Взгляд на психосоматическое развитие ребенка сквозь призму концепции П.Я. Гальперина / В.В. Николаева, Г.А. Арина, В.М. Леонова // Культурно-историческая психология. – 2012. – № 4. – С. 67–72.

110. Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику : психологическое исследование / В.В. Николаева. – М., 1987. – 166 с.

111. Николаева, В.В. Клинико-психологические проблемы психологии телесности / В.В. Николаева, Г.А. Арина // Психологический журнал. – 2003. – Т. 24, № 1. – С. 119–126.

112. Николаева, В.В. От традиционной психосоматики к психологии телесности / В.В. Николаева, Г.А. Арина // Вестник Московского ун-та. Сер. 14. Психология. – 1996 – № 2. – С. 8–18.

113. О комплексной оценке состояния здоровья детей (вместе с «Инструкцией по комплексной оценке состояния здоровья детей») : [Приказ Минздрава РФ от 30.12.2003 № 621] [Электронный ресурс]. – 12 с. – URL :

https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_126812/2ff7a8c72de3994f30496a0ccb1ddafdadff518/_(дата обращения : 05.02.2019).

114. Особенности детско-родительских отношений в семьях с тяжелобольными детьми. [Электронный ресурс] / В.А. Мохов, М.А. Крештапова, О.С. Шибкова, О.Н. Дианова // Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. – 2011. – № 6. – URL : [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения : 05.02.2019).

115. Особенности самосознания и отношения к болезни детей, перенесших хирургическую коррекцию врожденного порока сердца «синего типа» / А.С. Султанова, А.Н. Васина, Т.Г. Горячева, И.В. Кокшенев // Материалы первой Всероссийской конференции с международным участием. Социальные и психологические проблемы детской онкологии ; Москва, 04–06 июня 1997. – М., 1997. – С. 178.

116. Панов, В.И. Экологическая психология : Опыт построения методологии / В.И. Панов. – М. : Наука, 2004. – 197 с.

117. Панюкова, Ю.Г. Психологическая репрезентация пространственно-предметной среды : автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.01 / Ю.Г. Панюкова. – М., 2004. – 43 с.

118. Пезешкиан, Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Н. Пезешкиан. – М. : Институт позитивной психотерапии, 2006. – 459 с.

119. Первичко, Е. И., Довбыш, Д. В. Личностный смысл болезни ребенка как фактор приверженности семьи лечению (исследование семей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом) // Национальный психологический журнал. – 2016. – Т. 2, № 22. – С. 61–72.

120. Первичко, Е. И., Довбыш Д. В. Психологическая реабилитация семей, переживших ожоговую травму ребенка // Вестник восстановительной медицины. – 2016. – № 4. – С. 85–92.

121. Петренко, В.Ф. Психосемантика сознания / В.Ф. Петренко. – СПб. : Питер, 2005. – 480 с.

122. Петренко, В.Ф. Психосемантические аспекты картины мира субъекта / В.Ф. Петренко // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2005. – Т. 2, № 2. – С. 3–23.

123. Пиаже, Ж. Избранные психологические труды / Ж. Пиаже. – М. : Просвещение, 1969. – 659 с.

124. Писаренко, Н.А. Психологическая адаптация семьи ребенка с онкологическим заболеванием на этапе ремиссии / Н.А. Писаренко // Рос. Вестник перинатологии и педиатрии. – 1998. – № 3. – С. 35–43.

125. Подорога, В.А. Феноменология тела. Введение в философскую антропологию / В.А. Подорога. – М. : Ad Marginem, 1995. – 339 с.

126. Подпругина, В.В. Ментальные репрезентации базовых эмоций : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / В.В. Подпругина – М., 2003. – 198 с.

127. Прусакова, О.А. Репрезентации эмоций детьми от трех до шести лет / О.А. Прусакова, О.А. Сергиенко // Научный поиск : Сб. научных работ студентов, аспирантов и молодых преподавателей. – Вып. 3. – Ярославль : Яросл. гос. ун-т, 2002. – С. 51–64.

128. Психологические особенности родителей при неврологической инвалидности ребенка / И.А. Скворцов, Т.Н. Осипенко, Н.П. Дедов // Альманах «Исцеление». – М., 1995. – Вып. 2 – С. 397–422.

129. Ребеко, Т.А. Ментальная репрезентация как формат хранения информации / Т.А. Ребеко // Ментальная репрезентация : динамика и структура. – М. : Ин-т психологии РАН, 1998. – С. 25–54.

130. Ребеко, Т.А. Психология памяти и ментальная репрезентация / Т.А. Ребеко // Психология XXI века. – М. PerSe., 2003. – С. 205–237.

131. Ребеко, Т.А. Субъектность и репрезентация тела / Т.А. Ребеко // Развитие психологии в системе комплексного человекознания. – М. : Ин-т психологии РАН, 2012. – Ч. 1. – С. 256–261.

132. Ришар, Ж.Ф. Ментальная активность. Понимание, рассуждение, нахождение решений / Ж.Ф. Ришар. – М. : Ин-т психологии РАН, 1998. – 232 с.

133. Роль родителей в психологической адаптации детей с онкопатологией / Н.А. Урядницкая, М.А. Бялик, Е.И. Моисеенко, В.В. Николаева // Вопросы онкологии. – 1997. – Т. 43, № 4. – С. 461–464.

134. Романова, О.Л. Психологическое исследование особенностей материнской позиции женщин, дети которых страдают церебральным параличом / О.Л. Романова // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1988. – Вып. 9. – С. 87–110.

135. Рубинштейн, С.Л. Бытие и сознание / С.Л. Рубинштейн. – М. : Академия наук СССР, 1957. – 328 с.

136. Русякова, Е.Е. Психологические особенности личности подростков, страдающих бронхиальной астмой и методы психокоррекции : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Е.Е. Русякова – СПб., 2004. – 264 с.

137. Самозванова, Е.А. Проблема телесности в истории психологии / Е.А. Самозванова, Л.О. Андропова. – Тула : НОО ВПО «Тульский ин-т экономики и информатики», 2012. – 25 с.

138. Сафуанова, О.В. Формы репрезентации цвета в субъективном опыте : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / О.В. Сафуанова. – М., 1994. – 146 с.

139. Семенова, М.Н. Ментальные репрезентации времени и пространства : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / М.Н. Семенова – Екатеринбург, 2008. – 214 с.

140. Сергиенко, Е.А. Когнитивное развитие / Е.А. Сергиенко ; под ред. В.Н. Дружинина // Психология XXI века : учебник для вузов. – М. : PerSe, 2003. – С. 526–569.

141. Сергиенко, Е.А. Континуально-генетический принцип становления субъекта / Е.А. Сергиенко ; под ред. А.Л. Журавлева, В.В. Знакова, З.И. Рябикиной, Е.А. Сергиенко // Субъектный подход в психологии. – М. : Ин-т психологии РАН, 2009. – С. 50–66.

142. Сердюков, А.Ю. Оценка состояния здоровья учащихся старших классов в условиях профильного обучения : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.08 / А.Ю. Сердюков – Саратов, 2011. – 109 с.

143. Смирнов, С.Д. Понятие «образ мира» и его значение для психологии познавательных процессов / С.Д. Смирнов // А.Н. Леонтьев и современная психология. – М. : МГУ, 1983. – С. 149–155.

144. Смирнов, С.Д. Психология образа : проблема активности психического отражения / С.Д. Смирнов. – М. : МГУ, 1985. – 231 с.

145. Смит, Н. Психология. Современные системы / Н. Смит. – СПб. : Прайм –ЕВРОЗНАК, 2003. – 384 с.

146. Соколова, Е.Т. Влияние мотивационных конфликтов и когнитивной недифференцированности на устойчивость самооценки / Е.Т. Соколова, Е.О. Федотова // Вестник Московского ун-та. Сер. 14, Психология. – 1986. – Т. 14, № 1. – С. 20–29.

147. Соколова, Е.Т. Зависимость самооценки подростка от отношения к нему родителей / Е.Т. Соколова, И.Г. Чеснова // Вопросы психологии. – 1986. – № 2. – С. 110–117.

148. Соколова, Е.Т. К изучению «диффузной» гендерной идентичности при пограничной личностной организации : теоретический анализ проблемы / Е.Т. Соколова, Н.С. Бурлакова, Ф. Лэонтиу // Вопросы психологии. – 2001. – № 6. – С. 3–16.

149. Соколова, Е.Т. Нарциссизм как клинический и социокультурный феномен / Е.Т. Соколова // Вопросы психологии. – 2009. – № 1. – С. 67–80.

150. Соколова, Е.Т. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях / Е.Т. Соколова, В.В. Николаева. – М. : Аргус, 1995. – 359 с.

151. Соколова, Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности / Е.Т. Соколова. – М. : 1989. – 210 с.

152. Соколова, Е.Т. Связь психологических механизмов защиты с аффективно-когнитивным стилем личности / Е.Т. Соколова, Ю.А. Сотникова // Вестник Московского ун-та. Сер. 14, Психология. – 2006. – № 2. – С. 12–29.

153. Соловьева, И.А. Образ тела как образ Я [Электронный ресурс] / И.А. Соловьева, Т.Ю. Колошина. – М., 2002. – URL: <https://irsol.wordpress.com/page/11/> (дата обращения : 05.02.2019).
154. Состояние здоровья детей в зонах экологического неблагополучия / Т.В. Мандзяк, В.В. Долгих, Л.В. Рычкова // Материалы всерос. науч.-практ. конф. : в 2 ч. – Чита : ЗабГПУ, 2005. – Ч. 1 – С. 130–134.
155. Спатаева, М.Х. Методика дифференцированного подхода в физическом воспитании детей старшего дошкольного возраста II и III групп здоровья : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / М.Х. Спатаева. – Омск, 2006. – 191 с.
156. Столин, В.В. Инвариантность восприятия размера и расстояния / В.В. Столин, Л.Н. Друцкая // Вестник Московского ун-та. Сер. 14, Психология. – 1977. – № 1. – С. 13–26.
157. Столин, В.В. Самосознание личности / В.В. Столин. – М., 1983. – 284 с.
158. Столороу, Р. Клинический психоанализ. Интерсубъективный подход / Р. Столороу, Б. Брандшафт, Д. Атвуд. – М. : Когито-Центр, 2000. – 234 с.
159. Стребкова, Ю.А. Психологические аспекты изучения телесности / Ю.А. Стребкова // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2008. – № 1. – С. 183–187.
160. Тайсон, Ф. Психоаналитические теории развития / Ф. Тайсон, Р.Л. Тайсон. – М. : Когито-Центр, 2013. – 407 с.
161. Тищенко, П.Д. Психосоматическая проблема (объективный метод и культурологическая интерпретация) / П.Д. Тищенко // Телесность человека : междисциплинарные исследования. – М. : Философское общество СССР, 1991. – С. 26–35.
162. Томэ, Х. Современный психоанализ. Т.2. Практика. / Х. Томэ, Х. Кэхеле. – М. : Прогресс, 1996. – 776 с.
163. Тополянский, В.Д. Психосоматические расстройства / В.Д. Тополянский, М.В. Струковская. – М. : Медицина, 1986. – 384 с.
164. Тхостов А.Ш. Болезнь как семиотическая система / А.Ш. Тхостов // Вестник Московского ун-та. Сер. 14, Психология. – 1993. – № 1. – С. 3–16.

165. Тхостов, А.Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов. – М. : Смысл, 2002. – 287 с.

166. Тхостов, А.Ш. Социокультурные факторы нарушений телесной регуляции (на модели хронической инсомнии) [Электронный ресурс] / А.Ш. Тхостов, Е.И. Рассказова // Психологические исследования : электрон. науч. журн. – 2011. – № 6 (20). – С. 13. – URL : <http://psystudy.ru> (дата обращения : 05.02.2019).

167. Тэхкэ, В. Психика и ее лечение : психоаналитический подход / В. Тэхкэ. – М. : Академический Проект, 2001. – 576 с.

168. Урядницкая, Н.А. Психологическая саморегуляция у детей с онкологической патологией : канд. дисс. псих. наук. : 19.00.04 / Н.А. Урядницкая. – М., 1998. – 169 с.

169. Фельденкрайз, М. Понимание при делании / М. Фельденкрайз // Хрестоматия по телесно-ориентированной психотерапии и психотехнике. – М. : Смысл, 2000. – С. 58–106.

170. Филякова, Е.Г. Образ Я подростков с хроническими соматическими заболеваниями (бронхиальная астма и гастродуоденальная патология : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Е. Г. Филякова – М., 1997. – 118 с.

171. Фрейд, А. Введение в детский психоанализ. Норма и патология детского развития. «Я» и механизмы защиты / А. Фрейд. – Минск : Попурри, 2004. – 448 с.

172. Фрейд, З. Я и Оно : сочинения / З. Фрейд. – М. : ЭКМСО-Пресс, Харьков : «Фолио», 1998. – 1040 с.

173. Фрейд, З. Исследования истерии (Серия : Собрание сочинений в 26 т.) / З. Фрейд, Й. Брейер. – СПб. : ВЕИП, 2005. – 464 с.

174. Хензелер, Х. Теория нарциссизма / Х. Хензелер // Энциклопедия глубинной психологии. – М. : Когито-Центр, 1998. – Т. 1. – С. 463–482.

175. Холодная, М.А. Сенсорно-эмоциональный опыт как когнитивная составляющая в структуре индивидуального интеллекта / М.А. Холодная // Психологические проблемы индивидуальности. – 1983. – № 1. – С. 59–61.

176. Хомская, Е.Д. Мозг и эмоции / Е.Д. Хомская, Н.Я. Батова. – М. : 1992. – 180 с.
177. Хомская, Е.Д. Нейропсихология эмоций : гипотезы и факты / Е.Д. Хомская // Вопросы психологии. – 2002. – № 4. – С. 50–62.
178. Цымбалюк, А.Э. Ментальная репрезентация жизненных ситуаций в юношеском возрасте : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / А.Э. Цымбалюк. – Ярославль, 2010. – 204 с.
179. Цымбалюк, А.Э. Ментальная репрезентация ситуации создания семьи в юношеском возрасте / А.Э. Цымбалюк, Ю.П. Поваренков // Ярославский педагогический вестник. – 2009. – № 4. – С. 182–187.
180. Чебакова, Ю.В. Психологическая саморегуляция телесных феноменов у больных с соматической патологией : дис. канд. психол. наук : 19.00.04 / Ю.В. Чебакова. – М., 2006. – 159 с.
181. Чебакова, Ю.В. Психологические факторы здоровья и болезни человека. Научно-образовательный материал [Электронный ресурс] / Ю.В. Чебакова, Н.Н. Снежкова, Л.А. Попова. – М., РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2010. – URL: http://rsmu.ru/fileadmin/rsmu/img/about_rsmu/assoc_mosk_vuz_soc_obslyzh_obraz/sn_ezhkova/68_4_14_23_nom_pfz_bch.pdf (дата обращения : 05.02.2019).
182. Чебакова, Ю.В. Структура женской сексуальности при расстройствах личности / Ю.В. Чебакова // Психология и психотехника. – 2012. – № 11. – С. 21–28.
183. Черкашина, А.Г. Образ физического Я в самоотношении девушек 17-18 лет : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 / А.Г. Черкашина – Самара, 2004. – 197 с.
184. Черняк, И.Д. Бронхиальная астма у детей: семейные психовегетативные нарушения, их диагностика и пути коррекции : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.09 / И.Д. Черняк – Саратов, 2003. – 125 с.
185. Чечельницкая Е.П. Стратегии манипулятивного общения у пациентов с искажением образа Я при пограничной личностной организации : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Е.П. Чечельницкая – М., 1999. – 251 с.

186. Чуприкова, Н.И. Мозг, психика, сознание / Н.И. Чуприкова // Мир психологии. – 1999. – № 1. – С. 84–97.

187. Чуприкова, Н.И. Психология умственного развития : Принцип дифференциации / Н.И. Чуприкова. – М.: Столетие, 1997. – 480 с.

188. Шаль, Л.Г. Представления о собственном теле у детей младшего школьного возраста с школьной неуспеваемостью / Л.Г. Шаль, Д.А. Комолов, Ю.О. Абысова // Инициативы XXI века. – 2015. – № 1–2. – С. 92–94.

189. Шаповаленко, И.В., Миронова Т. Б. Тяжелое заболевание ребенка : горестные переживания / И.В. Шаповаленко, Т.Б. Миронова ; под ред. О.В. Красновой // Антология тяжелых переживаний : социально-психологическая помощь. – М. : Обнинск : Принтер, 2002. – С. 233–255.

190. Эйдемиллер, Э.Г. Методы семейной диагностики и психотерапии. Методическое пособие / Э.Г. Эйдемиллер ; под общ. ред. Л.И. Вассермана // Психодиагностика : педагогу, врачу, психологу – Вып. 1. – М. : Фолиум, 1996. – 48 с.

191. Эриксон, Э. Идентичность : юность и кризис / Э. Эриксон – М. : Прогресс, 1996. – 340 с.

192. Яковлева, А.В. Особенности самосознания при женском транссексуализме : Дип. раб. – М. : 1984. – 67 с.

193. Янова, Н.Г. Ментальные модели репрезентации риска и безопасности в массовом сознании / Н.Г. Янова, В.М. Климашин // Известия Алтайского гос. ун –та. Серия Педагогика и психология. – 2010. – № 2. – С. 52–60.

194. A factor analysis of multiple measures of body image disturbance : Are we all measuring the same construct? / J.K. Thompson, L. Heinberg, M. Altabe, S. Tantleff–Dunn // *Examining beauty : Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. – Washington, DC : American Psychological Association, 1999. – 396 p.

195. Abramowitz, R. Changes in self-image during early adolescence / R. Abramowitz, A. Peterson, J. Schulenberg // *Patterns of adolescent self-image*; eds. : D. Offer, E. Ostrov, K. Howards. – San Francisco : Jossey–Bass, 1984. – P. 19–28.

196. Barsalou, L.W. Frames, concepts, and conceptual fields / L.W. Barsalou // Frames, fields, and contrasts. – New York, London : Routledge, 1992. – P. 21–74.
197. Bernstein, D. The female superego : A different perspective / D. Bernstein // International Journal of Psychoanalysis. – 1983. – Vol. 64 – P. 187–201.
198. Blatt, S.J. Mental representations in personality development, psychopathology and the therapeutic process / S.J. Blatt, J.S. Auerbach, K.N. Levy // Review of General Psychology. – 1997. – Vol. 1, № 4. – P. 351–374.
199. Bowlby, J. Attachment : attachment and Loss. Volume One / J. Bowlby. – New York : Basic Books, 1969. – 436 p.
200. Collins, A.M. Retrieval time from semantic memory / A.M. Collins, M.R. Quillian // The Journal of verbal learning and verbal behavior. – 1969. – Vol. 8 (2). – P. 240–247. – DOI :10.1016/S0022–5371(69)80069–1.
201. Dieting behavior and eating attitudes in children / M.J. Maloney, J. McGuire, S.R. Daniels, B. Specker // Pediatrics. – 1989. – Vol. 84. – P. 482–489.
202. Engel, G. The clinical application of the psychosocial model / G. Enger // Amer. J. Psychiat. – 1980. – Vol. 137 (5). – P. 535–540.
203. Engel, G. Psychoanal. theory of psychosomatic disease / G. Engel, H. Schmale // J. Amer. Psychoanal. Assn. – 1967. – Vol. 15. – P. 344–363.
204. Engelkamp, J. Multimodal Approach to The Issue of Mental Representations / J. Engelkamp, M. Denis // Centre d'Étude de Psychologie Cognitive. – 1989. – № 65. – P. 1–23.
205. Eysenck, M.W., Keane M.T. Cognition and emotion / M.W. Eysenck, M.T. Kean // Cognitive psychology. – 6–th ed. – Hove and New York: Psychology Press, 2010. – P. 571–605.
206. Federn, P. Ego psychology and the psychoses / P. Federn. – New York : Basic Books, 1952. – 375 p.
207. Fisher, S. Body experience in fantasy and behavior / S. Fisher. – New York : Ardent Media, 1970. – 691 p.
208. Fisher, S. Body images and personality / S. Fisher, S.E. Cleveland. – Oxford : Van Nostrand, 1958. – 420 p.

209. Grace, W.J. Relationship of specific attitudes and emotions to certain bodily diseases / W.J. Grace, D.T. Graham // *Psychosomatic Medicine*. – 1952. – Vol. 14, №. 4. – P. 243–251.
210. Greenberg, J. Object relation theory in psychoanalytic theory / J. Greenberg, S. Mitchell. – London : Harvard University Press, 1983. – 437 p.
211. Griffiths, T.L. Topics in Semantic Representation / T.L. Griffiths, M. Steyvers // *Psychological Review*. – 2007. – Vol. 114 (2). – P. 211–244.
212. Hartmann, H. Comments on the psychoanalytic theory of the ego / H. Hartmann // *Essays on Ego psychology. Selected problems in psychoanalytic theory*. – New York : International Universities Press, 1964. – P. 74–97.
213. Head, H. *Studies in Neurology (Vol. II)* / H. Head. – London : H. Frowde ; Hodder & Stoughton, 1920. – 356 p.
214. Jackendoff, R. *Semantics and cognition* / R. Jackendoff. – Cambridge, MA : MIT Press, 1983. – 283 p.
215. Jacobson E., *The self and the object world* / E. Jacobson. – Oxford, England : International Universities Press, 1964. – 250 p.
216. Kernberg, O.F. *Object relations theory and clinical psychoanalysis* / O.F. Kernberg. – Lanham, Boulder, New York, London, Toronto, Oxford : Jason Aronson Book, 1976. – 298 p.
217. Kernberg, O.F. *Severe personality disorders : Psychotherapeutic strategies* / O.F. Kernberg. – New Haven, CT : Yale University Press, 1984. – 381 p.
218. Koocher, G.P. *The Damocles syndrome : Psychosocial consequences of surviving childhood cancer* / G.P. Koocher, J.E. O'Malley. – McGraw-Hill Companies, 1981. – 218 p.
219. Levine, M.P. *The role of body image in the prevention of eating disorders* / M.P. Levine, N. Piran // *Body image*. – 2004. – Vol. 1, № 1. – P. 57–70.
220. Lichtenberg, J.D. *The development of the sense of self* / J.D. Lichtenberg // *The Journal of the American Psychoanalytic Association*. – 1975. – № 23. – P. 453–451.
221. Mahler, M. *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation* / M. Mahler. – New York : International Universities Press, 1968. – 271 p.

222. Mahler, M. The psychological birth of the human infant : Symbiosis and individuation / M. Mahler, F. Pine, A. Bergman – New York : Basic Book, 2000. – 311 p.
223. Mathes, E.W. Physical attractiveness, happiness, neuroticism, and self-esteem / E.W. Mathes, A. Kahn // The Journal of Psychology. – 1975. – Vol. 90, № 1. – P. 27–30.
224. McClelland, J.L. Parallel Distributed Processing, Exploration in the Microstructure of Cognition / J.L. McClelland, D.E. Rumelhart // Psychological and Biological Models. – Cambridge, MA : MIT Press, 1986. – Vol. I. – P. 216–271.
225. McDevitt, J.B. Object constancy, individuality and internalization / J.B. McDevitt, M. Mahler // The course of life. – 1980. – Vol.1. – P. 407–423.
226. Mendelson, B.K. Self-esteem and body esteem : effects of gender, age, and weight / B.K. Mendelson, D.R. White, M.J. Mendelson // The Journal of Applied Developmental Psychology. – 1996. – Vol. 17. – P. 321–346.
227. Muth, J. Body image attitudes: What difference does gender make? / J. Muth, T. Cash // The Journal of Applied Social Psychology. – 1997. – Vol. 27. – P. 1438–1452.
228. Nelson, K. Event knowledge: Structure and function in development / K. Nelson. – Hillsdale, New Jersey London : Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 1986. – 288 p.
229. Paivio, A. Mental Representations. A Dual Coding Approach / A. Paivio. – New York : Oxford University Press, Clarendon Press, Oxford, 1986. – 324 p.
230. Pruzinsky, Th. Enhancing quality of life in medical populations : a vision for body image assessment and rehabilitation as standards of care / Th. Pruzinsky // Body image. – 2004. – Vol. 1, № 1. – P. 71–81.
231. Rosenberg, M. Society and the adolescent self-image / M. Rosenberg – Princeton, NJ : Princeton university press, 1965. – Vol. 11. – 326 p
232. Rosenblum, G. The relations among body image, physical attractiveness and body mass in adolescence / G. Rosenblum, M. Lewis // Child Development. – 1999. – Vol. 70. – P. 50–64.

233. Schafer, R. Aspects of internalization / R. Schafer. – Madison, CT : International Universities Press, 1968. – 254 p.
234. Schontz, F.C. Body image and its disorders / F.C. Schontz // The International Journal of Psychiatry in Medicine – 1974. – Vol. 5 (4). – P. 461–472.
235. Schur, M. Comments on the metapsychology of somatization / M. Schur // The Psychoanalytic Study of the Child. – 1955. – Vol. 10. – P. 119–164.
236. Stein, R. Affect in psychoanalytic theory : discussion of Andry Green's «on discriminating and not discriminating between affect and representation» / R. Stein // The International Journal of Psychoanalysis. – 2001. – Vol. 82. – P. 877–900.
237. Steyvers, M. The Large-Scale Structure of Semantic Networks : statistical Analyses and a Model of Semantic Growth / M. Steyvers, J.B. Tenenbaum // Cognitive Science, 2005. – Vol. 29 (1). – P. 41–78. – DOI : 10.1207/s15516709cog2901_3.
238. Tulving, E. Elements of episodic memory / E. Tulving. – New York : Oxford University Press, 1983. – 225 p.
239. Wichstrom, L. The emergence of gender differences in depressed mood during adolescence : the role of intensified gender socialization / L. Wichstrom // Developmental Psychology. – 1999. – Vol. 35. – P. 232–245.
240. Winnicott, D.W. The family and individual development / D.W. Winnicott. – London : Tavistock, 1965. – 181 p.
241. Wood, K.C. Body image dissatisfaction in preadolescent children / K.C. Wood, J.A. Becker, J.K. Thompson // The Journal of Applied Developmental Psychology. – 1996. – Vol. 17. – P. 85–100.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Бланк методики «Волшебная страна чувств»

Орехов

Ф. И.
Дата:

Волшебная страна чувств

Жители:

	Радость
	Удовольствие
	Страх
	Вина
	Обида
	Грусть
	Злость
	Интерес

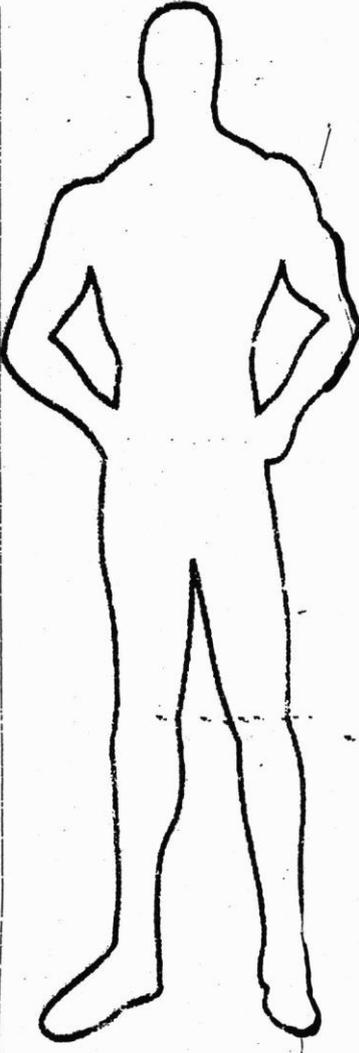


Рисунок А.1 – Бланк методики «Волшебная страна чувств» Т.Д. Зинкевич-Евстигнеевой

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Таблица коэффициентов ранговой корреляции Ч. Спирмена

Таблица Б.1 – Таблица коэффициентов ранговой корреляции Ч. Спирмена для каждого обследуемого респондента между рангами карандашей (методика «Волшебная страна чувств») и рангами цветowych карточек (тест М. Люшера) ($p < 0,05$)

Респондент	Значение корреляции	Респондент	Значение корреляции	Респондент	Значение корреляции
1	1	45	0,85	89	0,98
2	0,80	46	0,88	90	0,72
3	0,91	47	0,75	91	0,76
4	0,72	48	0,72	92	0,72
5	0,75	49	0,76	93	0,72
6	0,81	50	0,80	94	1
7	0,94	51	0,72	95	1
8	0,85	52	1	96	0,73
9	0,75	53	0,80	97	0,76
10	0,86	54	0,74	99	0,81
11	0,74	55	0,77	100	0,75
12	0,76	56	0,72	101	0,77
13	0,87	57	0,88	102	0,86
14	0,75	58	1	103	0,91
15	0,82	59	0,72	104	1
16	0,76	60	0,72	105	0,72
17	0,76	61	0,73	106	0,72
18	0,85	62	0,76	107	0,72
19	0,72	63	0,77	108	0,77
20	0,76	64	0,81	109	0,96
21	0,77	65	0,84	110	0,76
22	0,79	66	0,80	111	0,72
23	0,84	67	0,72	112	0,72
24	0,78	68	0,72	113	0,74
25	0,73	69	0,96	114	0,81
26	0,76	70	0,78	115	0,77
27	0,80	71	0,87	116	0,76
28	0,90	72	0,75	117	0,76
29	0,72	73	1	118	0,72
30	0,73	74	0,73	119	0,76
31	0,76	75	1	120	0,87
32	1	76	0,76		
33	0,75	77	0,72		
34	0,83	78	0,76		
35	0,76	79	0,72		
36	0,76	80	0,92		
37	0,76	81	0,79		
38	0,72	82	0,75		
39	0,78	83	0,76		

Окончание таблицы Б.1

40	0,93	84	0,72		
41	0,73	85	0,90		
42	0,76	86	0,94		
43	0,72	87	0,72		
44	0,72	88	0,74		

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Бланк параметров телесных промеров в методике М. Фельденкрайза в
модификации И.А. Соловьевой

Таблица В.1 – Бланк параметров телесных промеров в методике
М. Фельденкрайза в модификации И.А. Соловьевой

№	1 Реал/ощ	2	3	4	5	6	7
возраст							
пол							
1) рост							
2)Высота головы							
3)ширина головы							
4)ширина рта							
5)Длина шеи							
6)Ширина шеи							
7)Ширина плеч							
8)Длина торса							
9)Длина торса до развилки							
10)Длина руки							
11)Ширина гр.клетки							
12)Талия							
13)Ширина бедер							
14)Высота ноги							
15)Ширина бедра							
16)Длина стопы							

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Наименование дескрипторов в методике КДСО (детский вариант)

Таблица Г.1 – Наименование дескрипторов в методике КДСО (детский вариант)

1. Болезненное	=	37. Неприятное	ЭТ
2. Большое	Оц	38. Неудобное	ЭО
3. Как будто бурлит	С	39. Ноет	С
4. Быстрое	Оц	40. Ожидаемое	У
5. Веселое	ЭТ	41. Ослабевающее	Оц
6. Внешнее	У	42. Острое	=
7. Внутреннее	У	43. Отваливается	С
8. Вызванное кем-то, чем-то	У	44. Плохое	ЭТ
9. Горит	С	45. Постоянное	Оц
10. Горячее	С	46. Приятное	ЭТ
11. Давит	С	47. Противное	ЭО
12. Долгое	Оц	48. Пульсирует	С
13. Дрожит	С	49. Радостное	ЭТ
14. Жаркое	С	50. Раздражающее	ЭО
15. Жестокое	ЭО	51. Распирает	С
16. Жуткое	ЭО	52. Расслабленное	=
17. Как будто звенит	С	53. Как будто режет	С
18. Знобит	С	54. Резкое	=
19. Зудит	С	55. Светлое	=
20. Интересное	ЭТ	56. Как будто сжимает	С
21. Как будто кипит	С	57. Сильное	Оц
22. Колет	С	58. Слабое	Оц
23. Как будто колотит	С	59. Сложное	У
24. Короткое	Оц	60. Спокойное	=
25. Как будто кружит	С	61. Страшное	ЭО
26. Легкое	=	62. Как будто стучит	С
27. Ломит	С	63. Сухость	С
28. Маленькое	Оц	64. Темное	=
29. Медленное	Оц	65. Теплое	С
30. Мешающее	ЭО	66. Как будто трясет	С
31. Моё	У	67. Тяжелое	=
32. Мучительное	ЭО	68. Удобное	ЭО
33. Напряжение	С	69. Ужасное	ЭО
34. Немеет	С	70. Утомительное	ЭО
35. Неожиданное	У	71. Холодеет	С
36. Непонятное	У	72. Хорошее	ЭТ
		73. Чужое	У

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Таблицы значимых показателей корреляционного анализа между параметрами методик у детей и подростков с различными группами здоровья

Ниже представлены таблицы значимых¹ показателей корреляционного анализа между параметрами методик у детей и подростков с различными группами здоровья.

Таблица Д.1 – Результаты корреляционного анализа между параметрами методики «Волшебная страна чувств» у детей и подростков с различными группами здоровья

Параметры методики «Волшебная страна чувств»	дети									подростки										
	ГЗ-1					ГЗ-2			ГЗ-3			ГЗ-2					ГЗ-3			
	(ЭО) тело	(ЭО) руки	(ЭО) грудь	(ЭО) живот	(ЭО) таз	(ЭН) руки	(ЭО) тело	(ЭО) живот	(ЭН) тело	(ЭО) тело	(ЭО) живот	(ЭН) тело	(ЭН) руки	(ЭН) таз	(ЭН) ноги	(ЭО) тело	(ЭН) тело	(ЭН) живот		
S (0)	-0,792					0,808												-0,650		
S (1)	-0,638																	0,643		
S (2)														-0,635						
S (3)							0,709													
S (4)									0,653					0,676	-0,648					0,653
S (5)							0,768												-0,82	
S (6)		-0,827		-0,642		0,706														
S (7)			-0,634	-0,688	-0,677			-0,685		-0,657	-0,785								-0,63	

¹ p≤0,05

Таблица Д.2 – Результаты корреляционного анализа между параметрами методик телесных промеров по М. Фельденкрайзу и КДСО у детей и подростков с различными группами здоровья

Параметры методик телесных промеров по М. Фельденкрайзу/ КДСО		Общий объем	(С)	(ЭТ)	(ЭО)	(ОЦ)	(У)	(Н)
дети	ГЗ-1	РЗ шир. гр. кл.				-0,652	-0,783	
		РЗ длины шеи						
	ГЗ-2	РЗ шир. бёдер	-0,667	-0,680				
		РЗ дл. шеи						0,672
		РЗ дл. торса						0,856
	ГЗ-3	РЗ шир. шеи	-0,762	-0,648		-0,739		-0,669
		РЗ дл. руки		-0,817		-0,718		-0,696
		РЗ шир. гр. кл.						-0,685
	подростки	ГЗ-1	РЗ шир. шеи	-0,704				-0,650
РЗ талии			-0,659	-0,663	-0,676			
РЗ шир. рта					-0,713	-0,689		0,737
РЗ роста					-0,812			
ГЗ-2		РЗ шир. головы	0,692			0,713		
		РЗ шир. бёдер	0,718	0,636		0,709		
		РЗ дл. торса			0,649			
		РЗ роста						-0,947
		РЗ дл. шеи						0,740
ГЗ-3		РЗ дл. руки						-0,747
		РЗ шир. гр. кл.	0,660					0,643
		РЗ талии			0,664			
		РЗ шир. бедра			0,691			
				0,718			0,824	

Таблица Д.3 – Результаты корреляционного анализа между параметрами методик «Волшебная страна чувств» и телесных промеров по М. Фельденкрайзу у *детей* с различными группами здоровья

Параметры методик «Волшебная страна чувств»/телесных промеров по М. Фельденкрайзу		S (0)	S (1)	S (2)	S (3)	S (4)	S (5)	S (6)	S (7)	(ЭН) ноги	(ЭН) голова	(ЭН) живот	(ЭО) голова	(ЭО) руки	(ЭО) таз	(ЭО) ноги	(ЭО) грудь
ГЗ-1 (дети)	РЗ шир. шеи	0,659															
	РЗ дл. торса 2	0,644															
	РЗ шир. гр. кл.	0,889											-0,694				
	РЗ шир. плеч													-0,765			
	РЗ дл. торса														-0,657		
	РЗ дл. стопы							0,641		-0,718							
	РЗ талии		-0,758														
ГЗ-2 (дети)	РЗ шир. бёд.		-0,848														
	РЗ дл. стопы		-0,688		-0,653											0,860	
	РЗ дл. руки				-0,669											-0,802	
	РЗ шир. гр. кл.					-0,710											
	РЗ шир. плеч									-0,669							
ГЗ-3 (дети)	РЗ дл. торса														-0,682		
	РЗ шир. бёд.			-0,669							-0,726						
	РЗ дл. торса										-0,780						
	РЗ шир. плеч											-0,671					
	РЗ дл. руки											-0,682		-0,809			
	РЗ выс. ноги											-0,658					
РЗ шир. шеи													-0,822				
РЗ дл. стопы																-0,746	

Таблица Д.4 – Результаты корреляционного анализа между параметрами методик «Волшебная страна чувств» и телесных промеров по М. Фельденкрайзу у подростков с различными группами здоровья

Параметры методик «Волшебная страна чувств»/телесных промеров по М. Фельденкрайзу		S (0)	S (1)	S (2)	S (3)	S (4)	S (5)	S (6)	S (7)	(ЭН) грудь	(ЭН) ноги	(ЭН) таз	(ЭН) руки	(ЭН) живот	(ЭО) голова	(ЭО) руки	(ЭО) таз	(ЭО) грудь	(ЭО) живот	(ЭО) ноги	(ЭО) тело	
ГЗ-1	РЗ роста			-0,838																		
	РЗ выс. гол.			-0,648																		
	РЗ дл. шеи						0,654															
	РЗ шир. гр.кл.											-0,719										
	РЗ дл. торса														-0,753							
	РЗ дл. стопы									-0,756												
ГЗ-2	РЗ шир. шеи														-0,793							
	РЗ шир. бёд.												-0,660									
	РЗ дл. стопы																			-0,685		
	РЗ дл. руки				-0,687																	
	РЗ выс. ноги.		-0,752			-0,701																
	РЗ шир. плеч																-0,812	-0,843				
	РЗ дл. торса														-0,856							
	РЗ дл. торса 2													-0,751								
	РЗ талии		-0,862																			
	РЗ дл. шеи											-0,675										
ГЗ-3	РЗ шир. гол.									-0,782												
	РЗ шир. бед.	0,654																				
	РЗ дл. торса 2								-0,640													
	РЗ шир. плеч								-0,766			-0,731										
	РЗ дл.руки															0,778					0,742	
	РЗ шир. гол.									-0,705												
	РЗ шир. гр.кл.				-0,761	0,728																
	РЗ дл. шеи	0,759								-0,668												
РЗ роста												0,664										
РЗ шир. шеи																-0,754	-0,667				-0,669	

Таблица Д.5 – Результаты корреляционного анализа между параметрами методик «Волшебная страна чувств» и КДСО у детей и подростков с различными группами здоровья

Параметры методик «Волшебная страна чувств»/КДСО		Общий объем	(С)	(ЭТ)	(ЭО)	(ОЦ)	(У)	(Н)	
дети	ГЗ-1	S (5)	0,806	0,640	0,737	0,638		0,655	0,657
		(ЭН) руки	0,722	0,650	0,660	0,769	0,826	0,717	0,808
		(ЭН) живот					0,650		
	ГЗ-2	S (0)							-0,888
		S (1)						0,674	
		(ЭН) тело					-0,697		
подростки	ГЗ-1	(ЭО) руки	-0,713				-0,692	-0,636	
		S (0)					-0,811		
		(ЭО) тело					0,830		
	ГЗ-2	(ЭО) голова					0,766	0,740	-0,766
		S (0)				-0,638			
		(ЭН) тело					-0,641		
		(ЭН) ноги				-0,768			

Таблица Д.6 – Результаты корреляционного анализа между параметрами методики АСВ и аффективными и когнитивными компонентами в структуре репрезентации тела у детей с различными группами здоровья

Параметры методики АСВ/аффективных и когнитивных компонентов		Г+	Г–	ПДК	ВН	Параметры методики АСВ/аффективных и когнитивных компонентов		Г+	Г–	ФУ
ГЗ-1	S (0)		0,713			ГЗ-3	S (0)			
	S (2)		-0,692				S (1)	0,750	-0,703	
	S (3)	-0,715	-0,760				S (2)	0,878		
	(ЭН) руки	-0,662		0,845			S (3)	0,745		
	Общий объем			0,681			S (4)	0,894		
	(ЭО)			0,745			S (5)			-0,728
	(У)			0,717			S (6)			0,789
	(Н)			0,842			(ЭН) тело	0,745		
ГЗ-2	S (1)	-0,690	-0,894				(ЭН) живот	0,842		
	S (5)	0,724	0,745				(ЭН) грудь	0,693		
	(ЭН) тело				-0,703		(ЭН) ноги			-0,719
	(ЭН) грудь				-0,634		(ЭО) тело		-0,645	-0,719
	РЗ шир. бёдер	0,713	0,878				(ЭО) таз		-0,744	-0,724
	(С)	-0,753					(ЭО) ноги			-0,676
	(ЭО)	-0,656				РЗ дл. торса 2	0,753			