

**ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНКУРС ДОСТИЖЕНИЙ ТАЛАНТЛИВОЙ
МОЛОДЁЖИ
«НАЦИОНАЛЬНОЕ ДОСТОЯНИЕ РОССИИ»**

Направление: ПЕДАГОГИКА, ПСИХОЛОГИЯ

Тема: НДР, Челябинск, ЮУГМУ, Силаева Т.А.

Соискатель: Силаева Татьяна Анатольевна

Научный руководитель: Ефимова Татьяна Юрьевна

Место выполнения работы: ЮУГМУ колледж

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3-4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ВЛИЯНИЯ МАТЕРИНСКОГО ФАКТОРА НА ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ	
1.1. Историческая эволюция психосоматической парадигмы: от синкретизма к биопсихосоциальной модели.....	5-6
1.2. Семья как система и мать как ключевое звено: теоретические модели передачи психосоматического риска.....	7-8
1.3. Феномен материнской депривации и его последствия для психосоматического здоровья ребенка: от теории к эмпирическим данным.....	9-10
ГЛАВА 2. МЕТОДОЛОГИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВЛИЯНИЯ МАТЕРИНСКОГО ФАКТОРА НА ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ	
2.1. Программа исследования: обоснование выбора базы, цели, задачи и гипотезы.....	11-12
2.2. Характеристика выборки исследования.....	13
2.3. Методы и методики исследования.....	14-15
ГЛАВА 3. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА МАТЕРЕЙ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ	
3.1. Психологический портрет матери-заклученной: комплекс дезадаптации как фон для материнства.....	16-17
3.2. Структура и распространенность психосоматических расстройств у детей в условиях двойной депривации.....	18-19
3.3. Корреляционный анализ: установление взаимосвязей между характеристиками матери и симптоматикой ребенка.....	20-22
3.4. Интеграция результатов: патогенетическая модель формирования психосоматических расстройств в условиях исследуемой среды.....	23-24
ГЛАВА 4. ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ: ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ НА ОСНОВЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ	
4.1. Принципы построения новой системы медико-психолого-социальной помощи....	25
4.2. Конкретные направления и мероприятия профилактической и коррекционной работы.....	26-27
4.3. Оценка эффективности, возможные ограничения и этические аспекты.....	28
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	29-30
ЛИТЕРАТУРА.....	31

ВВЕДЕНИЕ

В повседневной клинической практике врачи-педиатры все чаще сталкиваются с загадочными случаями: дети и подростки, чьи страдания имеют яркую физическую симптоматику (боли, нарушения пищеварения, кожные проявления, вегетативные сбои), но при этом всесторонние инструментальные и лабораторные исследования не выявляют органических причин. Эти состояния, отличающиеся упорным, часто волнообразным течением, выбивают ребенка из нормальной жизни, приводят к школьной дезадаптации и глубоко травмируют психику. Объединяет эти разнообразные случаи один ключевой признак: очевидная связь между обострением симптомов и психоэмоциональным состоянием ребенка, его переживаниями и атмосферой, в которой он живет. Подобные нарушения здоровья, где тело становится «языком» для выражения непереносимых душевных страданий, в медицине и психологии принято называть психосоматическими расстройствами.

Актуальность данной работы обусловлена тревожной тенденцией к росту распространенности психосоматической патологии в детской популяции на фоне усложнения социальной среды, увеличения стрессогенных факторов и трансформации института семьи. Сложность диагностики, полиморфизм проявлений и часто хронический характер этих расстройств делают их серьезной проблемой для систем здравоохранения и образования. При этом в фокусе внимания исследователей и практиков все чаще оказывается не отдельный симптом у ребенка, а та среда, которая его порождает. Семья, будучи первичной и наиболее значимой социальной системой для развивающейся личности, выступает главным «конструктором» здоровья или болезни. Именно в семье закладываются базовые паттерны эмоционального реагирования, совладания со стрессом и отношения к собственному телу.

Особое, ключевое место в этом процессе принадлежит матери. Мать — это первый мир ребенка, его первая вселенная. От качества эмоциональной связи, формирующейся в диаде «мать-дитя» с момента зачатия и в первые годы жизни, напрямую зависит становление нейрофизиологических систем саморегуляции, иммунного ответа и стрессоустойчивости. Нарушения в этой тонко настроенной системе отношений — будь то эмоциональная холодность, депрессия, тревога или непоследовательность матери — создают для ребенка хроническую, непереносимую стрессовую ситуацию. Детская психика, неспособная переработать этот опыт на вербальном уровне, находит единственно возможный выход: трансформирует душевную боль в боль телесную. Таким образом, психосоматический симптом ребенка зачастую является не его личной патологией, а индикатором глубокого неблагополучия в материнско-детских отношениях, своеобразным криком о помощи, адресованным всей семейной системе.

Новизна настоящего исследования заключается в комплексном, системном подходе к изучению данной проблемы на уникальной модели — детях, воспитывающихся в доме ребенка при исправительном учреждении. Эта модель позволяет в «чистом», почти лабораторном виде наблюдать катастрофические последствия вынужденного нарушения первичной детско-материнской связи (материнской депривации), усугубленного психоэмоциональным неблагополучием самой матери. Анализ взаимосвязи между личностным статусом матерей-заклученных и спектром психосоматических расстройств у их детей дает уникальную возможность доказать причинно-следственную связь и выявить конкретные патогенные механизмы.

Цель работы: на основе теоретического анализа и эмпирического исследования доказать определяющую роль матери и качества детско-материнских отношений в формировании психосоматической патологии у детей раннего возраста, разработать научно обоснованные рекомендации для системы профилактики.

Для достижения данной цели необходимо решить следующие задачи:

1. Провести теоретический анализ эволюции психосоматической парадигмы в медицине и психологии с акцентом на роль семейного контекста.
 2. Изучить современные теоретические модели, объясняющие механизмы формирования психосоматического симптома у ребенка в системе семьи, с фокусом на теорию привязанности и феномен материнской депривации.
 3. Организовать и провести эмпирическое исследование на базе дома ребенка при исправительном учреждении, направленное на:
 - Выявление психологического портрета матерей-заклученных (личностные особенности, уровень тревоги, депрессии, адаптации).
 - Диагностику спектра и частоты психосоматических расстройств у их детей.
 - Установление статистически значимых корреляций между характеристиками матери и симптоматикой ребенка.
 4. На основе результатов исследования разработать комплексную программу профилактических и коррекционных мероприятий, ориентированную на восстановление и поддержку детско-материнской диады в условиях учреждений подобного типа.
- Объект исследования: психосоматические расстройства у детей раннего возраста.

Предмет исследования: роль матери и специфика детско-материнских отношений как ключевой фактор формирования психосоматической патологии у детей.

Гипотеза исследования: Существует прямая причинно-следственная связь между психоэмоциональным неблагополучием матери (выраженная дезадаптация, тревожно-депрессивная симптоматика, личностные особенности) и развитием полиморфных психосоматических расстройств у ее ребенка. Нарушение формирования надежной привязанности в диаде «мать-дитя», особенно в условиях социальной депривации (как в доме ребенка при исправительном учреждении), является центральным патогенетическим звеном, запускающим механизм соматизации детского аффекта. Частота и тяжесть психосоматической симптоматики у ребенка положительно коррелируют со степенью дезадаптации матери.

Методы исследования:

- Теоретические: анализ и синтез научной литературы, систематизация, моделирование.
- Эмпирические: психологическое тестирование (батарея опросников для матерей), анализ медицинской документации детей, структурированное наблюдение, глубинное интервью с медицинским персоналом.
- Методы математико-статистической обработки: описательная статистика, корреляционный анализ (коэффициент Спирмена), качественный контент-анализ.

Практическая значимость работы заключается в том, что ее результаты и выводы могут быть использованы для:

- Совершенствования системы медико-психологической помощи детям в домах ребенка и аналогичных учреждениях.
- Разработки программ подготовки и поддержки матерей, находящихся в сложных жизненных ситуациях.
- Повышения квалификации педиатров, детских психологов и психоневрологов в области ранней диагностики психосоматических расстройств, связанных с нарушением привязанности.
- Создания профилактических программ, направленных на укрепление детско-родительских отношений.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ВЛИЯНИЯ МАТЕРИНСКОГО ФАКТОРА НА ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

1.1. Историческая эволюция психосоматической парадигмы: от синкретизма к биопсихосоциальной модели

Понимание взаимосвязи душевного и телесного в состоянии здоровья и болезни сопровождает человечество на всем пути его развития. В примитивных культурах, как показывают антропологические изыскания, недуг почти повсеместно воспринимался как результат вмешательства потусторонних сил — духов, демонов или колдовства. Лечение, соответственно, носило ритуальный, духовный характер и было направлено на изгнание вредоносного агента. Это раннее, синкретичное видение уже содержало в себе зерно целостного подхода: зло поражало человека как нераздельное единство души и тела.

Качественный скачок в осмыслении этой связи совершила античная медицина и философия. Гиппократ и его школа создали первую, по меркам своего времени, научную биопсихосоциальную модель. Знаменитый тезис, приписываемый Сократу и переданный Платоном в диалоге «Хармид», о невозможности лечить глаза без головы, голову без тела, а тело без души, стал фундаментальным принципом западной медицинской мысли. Гиппократова теория четырех гуморальных жидкостей и соответствующих им темпераментов, развитая Галеном, напрямую увязывала психический склад индивида (сангвиник, холерик, меланхолик, флегматик) с его предрасположенностью к определенным недугам. Например, меланхолик, чье состояние связывалось с избытком «черной желчи», считался подверженным болезням селезенки и ипохондрии. Эта концепция, при всей своей умозрительности, была революционной, так как утверждала принцип индивидуального подхода и предвосхищала идею конституциональной предрасположенности.

Эпоха Просвещения и бурное развитие механицизма и редукционистских естественных наук в XVII-XIX веках отбросили холистические представления. Тело стало рассматриваться как сложный, но всего лишь механизм, а болезнь — как поломка в отдельной его детали. Психика была изгнана из серьезного медицинского дискурса как ненаучная, метафизическая категория. Однако уже к середине XIX века этот стройный механистический подход стал давать трещины. Практикующие врачи все чаще сталкивались с пациентами, чьи мучительные страдания не находили анатомического субстрата. Работы французских психиатров Жана-Мартена Шарко и Пьера Жане об истерии, фундаментальные открытия русских физиологов Ивана Сеченова и Ивана Павлова о высшей нервной деятельности и условных рефлексах, а также клинический опыт терапевтов, подобных Матвею Мудрову, настойчиво требовали возвращения к целостному видению пациента. Владимир Бехтерев, основатель рефлексологии, настаивал, что «в научное определение организма должна входить и среда, влияющая на него», тем самым закладывая основы будущего системного подхода и экспериментально демонстрируя, как психические воздействия могут вызывать стойкие соматические сдвиги.

Подлинный же расцвет психосоматики как самостоятельного научного направления пришелся на XX век и был неразрывно связан с двумя интеллектуальными революциями: психоанализом и учением о стрессе. Зигмунд Фрейд в своих ранних работах по истерии совместно с Йозефом Брейером описал феномен конверсии. Согласно этой модели, психическая энергия неразрешенного, вытесненного из сознания конфликта преобразуется в соматическую, порождая симптом. Этот симптом — будь то паралич, слепота или боль — имеет символическое значение, являясь зашифрованным посланием бессознательного. Классическая конверсия была описана для истерических неврозов, но сама идея о том, что тело может «говорить» вместо психики, оказалась чрезвычайно плодотворной для всей психосоматической медицины.

Дальнейшее развитие психоаналитической мысли связано с именем Франца Александра и его Чикагской школой. Александр подверг критике фрейдовскую концепцию конверсии применительно к таким «классическим» психосоматозам, как язва желудка, гипертония или бронхиальная астма, где не находилось столь же очевидного символического значения симптома. Вместо этого он предложил теорию вегетативного невроза. Согласно ей, при хроническом подавлении определенных эмоций (например, гнева или зависимых желаний) возникают стойкие, но изначально нормальные вегетативные реакции. Эти реакции, изначально адекватные (подготовка к борьбе, пищеварению), при длительном сохранении и специфичности психологического конфликта приводят к повреждению органов-«мишеней». Александр также ввел понятие «специфичности психосоматического конфликта», пытаясь для каждой из семи «священных» болезней определить типичный внутриличностный конфликт. Хотя сегодня эти прямые корреляции кажутся упрощенными, его заслуга в том, что он впервые попытался создать стройную психофизиологическую модель, связав конкретные эмоции с конкретными телесными системами, и тем самым реабилитировал психологическое измерение соматической болезни.

Параллельно развивалась линия, связанная с теорией общего адаптационного синдрома Ганса Селье. Открыв универсальную неспецифическую реакцию организма на любой стрессор — физический или психический, Селье предоставил мощный физиологический фундамент для психосоматики. Длительный или чрезмерный стресс, ведущий к стадии истощения, становился общим знаменателем для развития так называемых «болезней адаптации». Нейрогуморальные механизмы стресса (активация оси гипоталамус-гипофиз-надпочечники, выброс кортизола и катехоламинов, угнетение иммунитета) стали универсальным патогенетическим путем, объясняющим, как психогенные факторы могут приводить к соматической поломке. Эта теория окончательно уравнила в правах психогенные и физические стрессоры.

Современная психосоматическая медицина отказалась от поиска единой теории или единственного «профиля личности» для каждой болезни. Ее несущей конструкцией стала биопсихосоциальная модель, предложенная Джорджем Энгелем в 1977 году. Эта модель утверждает, что любое заболевание является результатом сложного, нелинейного взаимодействия трех групп факторов:

1. Биологических (генетическая предрасположенность, конституциональные особенности органов, нейрофизиологические паттерны).
2. Психологических (личностные черты, эмоциональный опыт, копинг-стратегии, наличие психических конфликтов или травм).
3. Социальных (культурные нормы, семейная система, социально-экономический статус, качество социальной поддержки).

Именно в рамках этой триединой модели роль матери и семьи приобретает свое ключевое, системообразующее значение. Семья, а в первые годы жизни — прежде всего мать, является первичной социальной средой, где закладываются базовые паттерны эмоционального реагирования, совладания со стрессом и отношения к собственному телу. Она выступает главным модератором и переводчиком: способна либо смягчить, либо катастрофически усугубить биологическую уязвимость индивида. Таким образом, исторический путь психосоматики прошел от интуитивного синтеза через аналитический редукционизм к новому, научно обоснованному холистическому синтезу, в котором материнско-детским отношениям отводится центральное место в архитектонике здоровья и болезни.

1.2. Семья как система и мать как ключевое звено: теоретические модели передачи психосоматического риска

Чтобы понять, каким образом мать и семейная система могут становиться источником психосоматического страдания для ребенка, необходимо рассматривать семью не как простую сумму индивидов, а как целостную, живую, саморегулирующуюся систему. Такой взгляд предлагает системная семейная теория, наиболее ярко представленная работами Мюррея Боуэна, Сальвадора Минухина, Вирджинии Сатир. Согласно этой теории, семья — это система, стремящаяся к гомеостазу (поддержанию внутреннего равновесия) и развитию, функционирующая по своим внутренним законам, имеющая структуру (иерархию, границы подсистем) и устойчивые паттерны коммуникации.

В рамках системного подхода психосоматический симптом у ребенка перестает быть его личной проблемой. Он начинает рассматриваться как симптом дисфункции всей семейной системы, своеобразный сигнал о неблагополучии, который одновременно может играть и стабилизирующую, гомеостатическую роль. Один из ключевых концептов здесь — триангуляция (М. Боуэн). Когда напряжение между двумя членами системы (чаще всего супругами) становится непереносимым, они бессознательно вовлекают в свой конфликт третьего, как правило, ребенка. Ребенок, оказавшись в роли «громоотвода» или «стабилизатора», своей болезнью (например, частыми ангинами, астматическими приступами) может «объединять» родителей, отвлекая их от собственных проблем и направляя их совместные усилия на заботу о больном. Таким образом, симптом приобретает скрытую функцию — поддержание хрупкого семейного равновесия, пусть и ценой здоровья ребенка. Выздоровление ребенка в такой ситуации может неосознанно восприниматься системой как угроза, ведущая к возвращению супружеского конфликта, что создает мощное, часто неосознаваемое сопротивление изменениям. В этом процессе мать, как центральная фигура в уходе за больным ребенком, часто оказывается главным «менеджером» симптома, невольно поддерживая его существование.

Другое важное понятие — двойная связь, введенное Грегори Бейтсоном. Речь идет о ситуации, когда ребенок получает от значимого взрослого (чаще всего матери) два противоречащих друг другу сообщения на разных уровнях коммуникации (например, вербальное «подойди ко мне, я тебя люблю» и невербальное — холодный, отстраненный тон и отвернувшееся тело), причем он не может ни выполнить оба, ни выйти из ситуации, ни прокомментировать ее абсурдность. Хроническое пребывание в таких парадоксальных коммуникациях вызывает сильнейший внутренний стресс и когнитивный диссонанс, который, в условиях заблокированного вербального канала, может находить разрядку только через телесный канал. Тело становится единственным способом выразить невыразимое противоречие. Мать в такой модели предстает не как злонамеренный агент, а как сама находящаяся в ловушке собственных непроработанных конфликтов и неспособности к конгруэнтной коммуникации.

Однако наиболее фундаментальное значение для психосоматики раннего возраста имеет теория привязанности Джона Боулби, развитая в работах Мэри Эйнсворт и Мэри Мэйн. Эта теория постулирует, что качество эмоциональной связи между младенцем и первичным объектом привязанности (в подавляющем большинстве случаев — матерью) формирует у ребенка внутреннюю рабочую модель себя и других. Эта модель определяет его способность регулировать эмоции, выстраивать отношения и справляться со стрессом на протяжении всей жизни.

· Надежная привязанность формируется, когда мать чутко, быстро и адекватно реагирует на сигналы младенца. Ребенок учится доверять миру и своей способности влиять на него. У него развиваются эффективные стратегии саморегуляции: в стрессе он ищет и находит утешение у матери, после чего возвращается к исследованию мира.

· Ненадежная привязанность (избегающая, амбивалентная, дезорганизованная) является результатом неотзывчивого, непоследовательного, отвергающего или пугающего материнского поведения.

Именно ненадежная привязанность рассматривается сегодня как один из мощнейших предикторов психосоматической уязвимости. Ребенок с избегающей привязанностью, чьи попытки близости систематически отвергались, учится деактивировать систему привязанности: подавлять свои эмоциональные и телесные сигналы дискомфорта. Это приводит к формированию алекситимии — трудности в идентификации, описании и вербализации собственных чувств. Эмоции, не будучи осознанными и названными, «соматизируются», проявляясь напрямую в виде головной боли, тошноты, сердцебиения. Ребенок с амбивалентной привязанностью, испытывающий непоследовательность в реакциях матери (то ласка, то холодность), живет в состоянии хронической тревоги и гипербдительности. Его вегетативная нервная система находится в постоянной готовности к опасности, что приводит к перманентной активации оси стресса и истощению ресурсов организма, создавая органическую почву для болезней. Дезорганизованная привязанность, возникающая в ситуации, когда сам источник безопасности (мать) становится источником страха (из-за ее жестокости, непредсказуемости или нерешенной травмы), приводит к наиболее тяжелым последствиям, включая диссоциативные и тяжелые психосоматические расстройства. Ребенок оказывается в безвыходной ситуации: биологическая потребность бежать к матери сталкивается со страхом перед ней. Этот неразрешимый внутренний конфликт находит выход в телесных коллапсах, конверсионных симптомах и аутоагрессивном поведении.

Таким образом, мать, как центральная фигура в системе ранних отношений, создает для ребенка определенный эмоциональный и регуляторный климат. В здоровой диаде этот климат способствует развитию психологической резилентности (устойчивости). В дисфункциональной — он становится хроническим, непереносимым стрессором, который, взаимодействуя с индивидуальной биологической уязвимостью ребенка, находит свой единственный выход через соматический симптом. Симптом становится языком, на котором говорит неспособность диады к совместной регуляции, бессознательной попыткой ребенка справиться с непосильной для его психики задачей — существовать в отношениях, которые не обеспечивают безопасности.

1.3. Феномен материнской депривации и его последствия для психосоматического здоровья ребенка: от теории к эмпирическим данным

Понятие материнской депривации было детально описано Джоном Боулби в его классическом отчете для ВОЗ и впоследствии развито в работах Рене Шпица, Анны Фрейд, Маргарет Малер. Это понятие означает не только физическое отсутствие матери (как в случае помещения ребенка в учреждение), но и ее эмоциональную недоступность при физическом присутствии. Мать может быть рядом, но погружена в собственную депрессию, тревогу, непережитые травмы, что делает ее неспособной к эмпатическому, отзывчивому контакту с младенцем. Именно эта форма депривации — при формальном наличии матери — часто оказывается наиболее патогенной и сложной для распознавания.

Проведенные исследования, включая пилотное исследование Родиной М.А. и Блох М.Е. (2025), показывают, что матери детей с нарушениями развития сами находятся в состоянии хронического стресса, демонстрируя высокий уровень депрессивных симптомов, нейротизма и социальной напряженности. Это состояние неизбежно сказывается на их способности быть эмоционально доступными. Материнское отношение характеризуется повышенным контролем и симбиотичностью при одновременно сниженном эмоциональном принятии и кооперации. Это создает порочный круг: психоэмоциональное неблагополучие матери → дефектный уход и эмоциональная недоступность → депривация у ребенка → развитие у него психосоматических симптомов и нарушений поведения → усиление стресса и чувства некомпетентности у матери → усугубление ее состояния.

Исследования в различных условиях (дома ребенка, семьи с матерями, страдающими психическими расстройствами) выявляют общую картину последствий материнской депривации для психосоматического развития:

1. Нарушение формирования системы психофизиологической регуляции. Новорожденный не способен к самостоятельной регуляции своих состояний. Его нервная система нуждается во внешнем «контейнере» — матери, которая через укачивание, пение, прикосновения помогает ему перейти от состояния возбуждения к покою. При депривации этот внешний регулятор отсутствует. Результатом становятся так называемые функциональные расстройства регуляции первых месяцев жизни: неукротимый, «безутешный» плач (колики), нарушения ритма сна и бодрствования, расстройства пищевого поведения (срыгивания, рвота, «жвачка» — руминация как форма самостимуляции).

2. Ретардация развития и психогенная недостаточность. Явление, описанное Р. Шпицем как госпитализм или анаклитическая депрессия. При длительной разлуке с матерью или при ее глубокой эмоциональной отстраненности у младенца развивается синдром, включающий потерю веса при адекватном питании, остановку психомоторного развития, апатию, безучастность и повышенную восприимчивость к инфекциям. Это ярчайший пример психосоматического расстройства, где соматический компонент (гипотрофия) прямо вытекает из психогенного (утрата объекта привязанности).

3. Формирование примитивных защит и соматизация. Детская психика, неспособная переработать травматический опыт депривации на вербальном или символическом уровне, прибегает к примитивным защитным механизмам. Основным из них является соматизация — прямая трансформация психического страдания в телесный симптом, без символического значения. Другим механизмом становится регрессия — возврат к более ранним способам поведения (энурез, энкопрез у уже приученного к горшку ребенка).

4. Искажение образа тела и границ «Я».

Концепция «психической кожи» Дидье Анзье помогает понять этот процесс. Мать, через свои прикосновения, взгляд, заботу, помогает младенцу отграничить свое физическое и психическое «Я» от внешнего мира. При депривации эта «кожа» не формируется должным образом. Ребенок остается психически «незащищенным», его границы размыты. Он становится гиперчувствительным к любым внешним воздействиям. Эта гиперчувствительность часто проявляется в виде кожных заболеваний (атопический дерматит, нейродермит), которые в психосоматике интерпретируются как проблемы с границами и контактом.

Изучение феномена материнской депривации позволяет сделать однозначный вывод: адекватные, теплые, стабильные и отзывчивые отношения с матерью в первые годы жизни являются необходимым условием не только для психического, но и для соматического здоровья ребенка. Нарушение этих отношений создает фундаментальную угрозу для целостного развития, а психосоматический симптом становится одним из первых и наиболее ярких маркеров этой угрозы. Эмпирические данные, как будет показано далее, лишь подтверждают и конкретизируют эту теоретическую модель, демонстрируя прямую корреляцию между дезадаптацией матери и полиморфизмом соматических страданий у ребенка.

ГЛАВА 2. МЕТОДОЛОГИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВЛИЯНИЯ МАТЕРИНСКОГО ФАКТОРА НА ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

2.1. Программа исследования: обоснование выбора базы, цели, задачи и гипотезы

Для эмпирической проверки теоретических положений о ключевой роли матери и феномена нарушенной привязанности в генезе психосоматических расстройств, была необходима такая исследовательская модель, где действие этого фактора было бы максимально выраженным, концентрированным и, по возможности, «очищенным» от множества иных социокультурных влияний, характерных для обычных семей. Такой уникальной средой стал Филиал «Дом ребенка» ФКУЗ МСЧ-74 Федеральная служба исполнения наказания (ФСИН) России, расположенный на территории исправительного учреждения в Челябинске.

Данное учреждение представляет собой закрытую систему, где воспитываются дети от рождения до трех лет, рожденные от матерей, отбывающих наказание. Эта модель позволяет изучить последствия социально санкционированной, вынужденной депривации в ее наиболее отчетливой форме. Дети здесь сталкиваются с двойным ударом:

1. Первичная психогенная травма сепарации: ребенок с рождения или первых месяцев жизни отлучен от матери и помещен в институциональные условия.
2. Институциональная депривация: несмотря на все усилия персонала, учреждение не может обеспечить адекватную замену семьи — здесь высокая текучесть ухаживающего персонала, дефицит индивидуального внимания, обедненная эмоциональная и сенсорная среда.

При этом матери имеют возможность периодических, но строго регламентированных посещений. Это добавляет критически важный аспект: мы наблюдаем не полное сиротство, а ситуацию амбивалентной, травматичной привязанности, где фигура матери присутствует, но ее доступность ограничена, а ее собственное психологическое состояние, как правило, глубоко отягощено. Именно эта ситуация — «мать есть, но ее нет» — с точки зрения теории привязанности, часто является наиболее патогенной для формирования психосоматической симптоматики.

Цель исследования: выявить, проанализировать и доказать наличие специфических взаимосвязей между психоэмоциональным состоянием, личностными особенностями матерей-заключенных и частотой, структурой психосоматических расстройств у их детей раннего возраста, воспитывающихся в условиях дома ребенка.

Задачи исследования:

1. Провести комплексную психологическую диагностику матерей-заключенных, направленную на оценку их актуального психического состояния (тревожность, депрессия, стресс), личностных черт (нейротизм, агрессивность) и уровня социально-психологической адаптации.
2. На основе анализа медицинской документации и экспертных оценок медицинского персонала выявить, классифицировать и оценить распространенность психосоматических и пограничных нервно-психических расстройств у детей в возрасте от 0 до 3 лет.
3. Установить статистически значимые корреляции между выявленными психологическими характеристиками матерей и нозологическими формами/синдромами психосоматической патологии у их детей.
4. Определить ключевые патогенные факторы в системе «мать-дитя-институциональная среда», способствующие формированию и фиксации психосоматических симптомов.

5. На основе полученных данных разработать практико-ориентированные рекомендации по совершенствованию системы медико-психолого-социальной профилактики и помощи целевой группе.

Гипотеза исследования: У детей, воспитывающихся в доме ребенка при исправительном учреждении, наблюдается статистически значимо повышенная частота и особая, полисистемная структура психосоматических расстройств раннего возраста. Эта патология является прямым следствием нарушений в диаде «мать-дитя», обусловленных:

- а) вынужденной сепарацией и хроническим дефицитом качественного материнского ухода;
- б) специфическим психоэмоциональным статусом матерей-заключенных, характеризующимся высоким уровнем дезадаптации, тревожно-депрессивной симптоматикой и личностными особенностями (высокий нейротизм, возбудимость), препятствующими формированию надежной, безопасной привязанности даже в условиях кратковременных контактов.

Существует прямая положительная корреляция между степенью выраженности психологического неблагополучия матери и тяжестью/полиморфизмом психосоматической симптоматики у ребенка.

2.2. Характеристика выборки исследования

Исследование носило комплексный характер и включало три взаимосвязанные группы участников, что обеспечивало триангуляцию данных (перекрестную проверку из разных источников).

Группа детей (n=97): В исследование было включено 97 воспитанников дома ребенка на момент исследования в возрасте от 1 месяца до 3 лет. Средний возраст составил 18,4 месяца. Критерии включения: отсутствие диагностированных тяжелых органических поражений ЦНС (например, детский церебральный паралич в тяжелой форме) и генетических синдромов (синдром Дауна и др.), которые могли бы сами по себе объяснять соматическую симптоматику. Гендерное распределение: 52 мальчика (53,6%) и 45 девочек (46,4%). Все дети были рождены от матерей, отбывающих наказание.

Группа матерей (n=40): В психологическом обследовании приняли участие 40 осужденных женщин, чьи дети находятся в доме ребенка. Возраст матерей — от 20 до 42 лет (средний — 28,7 лет). Все участницы дали добровольное информированное согласие на психологическое обследование в условиях, гарантирующих конфиденциальность. Все они имели возможность периодических посещений детей.

Группа экспертов (n=20): Медицинские сестры дома ребенка со стажем работы в учреждении не менее 3 лет, непосредственно осуществляющие уход за детьми. Их привлечение в качестве экспертов позволило получить ценную объективную, основанную на длительном наблюдении, информацию о поведении, реакциях и динамике состояния детей, которую невозможно было извлечь только из документов или кратких визитов исследователя.

Таким образом, выборка является репрезентативной для изучения заявленной проблемы в условиях специфического учреждения и позволяет провести как количественный, так и качественный анализ.

2.3. Методы и методики исследования

Программа исследования была построена по принципу триангуляции и включала четыре основных блока.

Блок 1. Теоретико-аналитический.

- Анализ научной литературы по проблемам психосоматики, теории привязанности, психологии семьи, исследованиям материнской депривации.
- Контент-анализ медицинской документации детей (историй развития по форме №112/у, дневников наблюдения, заключений врачей-специалистов). Цель: выявление и систематизация всех диагнозов, синдромов и симптомов, которые согласно современным классификациям (МКБ-10, DC:0-5) могут быть отнесены к психосоматическим, невротическим или расстройствам регуляции.
- Анализ продуктов деятельности: изучение заключений штатного психолога учреждения на детей и матерей, протоколов посещений.

Блок 2. Психодиагностический (применялся к группе матерей).

Для всесторонней оценки психологического статуса матерей-заключенных была использована комплексная батарея тестов:

1. Диагностика актуального психического состояния и эмоций:

- Опросник САН (Самочувствие, Активность, Настрой) — для экспресс-оценки оперативного эмоционального тона.
- Шкала ситуативной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга — выявление тревоги как состояния и как личностной черты.
- Шкала депрессии А.Т. Бека (BDI) — скрининг депрессивной симптоматики, оценка глубины аффективного расстройства.
- Методика экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса — оценка вероятности невротического состояния.

2. Диагностика личностных особенностей и эмоционально-мотивационной сферы:

- Опросник ЕРІ Г. Айзенка — определение уровня нейротизма (эмоциональной лабильности) и показателя экстраверсии-интроверсии.
- Опросник агрессивности Басса-Дарки — выявление различных форм агрессивного и враждебного поведения (физическая, вербальная, косвенная агрессия, раздражение, обида, подозрительность, чувство вины).
- Опросник «Самооценка психических состояний» Г. Айзенка — оценка уровней тревожности, фрустрированности, агрессивности и ригидности.
- Опросник акцентуаций характера (модификация Шмишека) — выявление акцентуированных, заостренных черт личности.
- Методика диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М. Фергюсона — оценка переживания социальной изоляции.

3. Диагностика адаптационных ресурсов и стрессоустойчивости:

- Шкала оценки социальной адаптации и стрессоустойчивости Т. Холмса и Р. Раге — оценка уровня стрессовой нагрузки.
- Методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда — комплексная оценка адаптированности, принятия себя и других, эмоционального комфорта.
- Методика диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана — оценка степени неудовлетворенности в ключевых сферах жизни.

Блок 3. Эмпирические методы сбора данных о детях и взаимодействии в диаде.

- Структурированное и неструктурированное наблюдение: Проводилось за детьми в естественных условиях (в группе, на прогулке, во время кормления, игр) и, что особенно важно, во время посещений матерей. Фиксировались невербальные проявления, аффективные реакции, особенности взаимодействия, появление соматических симптомов (кашель, рвота, расчесывание кожи) в ответ на эмоциональные события. Наблюдение велось по заранее разработанному протоколу.
- Глубинная структурированная беседа с медицинскими сестрами (экспертами): Беседа строилась по гайду, включавшему вопросы о каждом конкретном ребенке: особенности его поведения, эмоционального фона, аппетита, сна; динамика состояния; связь соматических симптомов с внешними событиями (посещение матери, смена воспитателя); описание типичных паттернов взаимодействия ребенка с матерью во время визитов.
- Направленная беседа с матерями: Помимо тестирования, проводилась беседа, направленная на сбор социального и медицинского анамнеза, выяснение отношения к беременности, к ребенку, к своим родительским функциям в условиях заключения.

Блок 4. Методы статистической и качественной обработки данных.

- Описательная статистика: Расчет средних значений (M), стандартных отклонений (SD), частот и процентов встречаемости признаков.
- Корреляционный анализ: Для проверки гипотезы о связи между переменными использовался непараметрический коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r_s) ввиду характера выборки и типа данных. Анализились связи между показателями психологического статуса матери и наличием/выраженностью определенных психосоматических синдромов у ребенка.
- Сравнительный анализ: Для оценки того, насколько частота расстройств в исследуемой группе отклоняется от нормы, использовался непараметрический U -критерий Манна-Уитни для сравнения с усредненными литературными данными по распространенности аналогичных расстройств у детей раннего возраста из обычных семей (данные брались из обзоров современных исследований).
- Качественный контент-анализ: Тексты интервью с медсестрами и протоколы наблюдений подвергались качественному анализу с целью выявления повторяющихся тем, паттернов, ярких кейсов, иллюстрирующих общие тенденции.

Такая комплексная методология, сочетающая количественные и качественные методы, работу с документами, тестирование и наблюдение, позволила получить объемную, многоплановую картину изучаемого явления и минимизировать возможные искажения в интерпретации результатов.

ГЛАВА 3. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА МАТЕРЕЙ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

3.1. Психологический портрет матери-заключенной: комплекс дезадаптации как фон для материнства

Результаты комплексной психодиагностики 40 матерей-заключенных выявили глубокую и тотальную картину психологического неблагополучия, что полностью согласуется с данными исследований, указывающих на высокий уровень стресса и эмоциональных расстройств у матерей в сложных жизненных ситуациях (Fereidouni et al., 2021; Sockol, Battle, 2015), и конкретизирует данные исследования Родиной и Блох (2025) применительно к условиям заключения.

1. Личностно-типологические особенности.

По результатам опросника Г. Айзенка была выявлена следующая структура:

- Высокий уровень нейротизма отмечен у 78% опрошенных. Это указывает на эмоциональную лабильность, склонность к длительному переживанию негативных эмоций (тревоги, вины, обиды), повышенную реактивность на стрессоры. Нейротизм является ключевой личностной предпосылкой для формирования тревожно-депрессивных состояний и низкой стрессоустойчивости.

- По шкале экстраверсии-интроверсии распределение было следующим: экстраверты — 73% (из них с холерическим темпераментом — 53%, с сангвиническим — 20%), интроверты — 27% (флегматики — 22%, меланхолики — 5%). Высокий процент холериков-экстравертов коррелирует с данными опросника агрессивности и может указывать на импульсивность, несдержанность, трудности в самоконтроле и отсрочке удовлетворения, что напрямую негативно сказывается на последовательности и предсказуемости материнского поведения.

- Акцентуации характера (опросник Шмишека) были представлены в следующем порядке: возбудимый тип (40%), тревожный (15%), демонстративный (15%), застревающий (10%). Доминирование возбудимого типа акцентуации подтверждает тенденцию к аффективной взрывчатости, несдержанности, склонности реагировать по первому импульсу. В условиях хронического стресса заключения, фрустрации и сложных отношений с ребенком это создает прямой риск эмоционального отвержения, вспышек раздражения или, наоборот, импульсивных, неустойчивых проявлений любви.

2. Психоэмоциональное состояние: картина тотального дистресса.

Данные свидетельствуют о глубокой эмоциональной дезадаптации, превышающей даже показатели матерей детей с нарушениями развития из исследования Родиной и Блох.

- Методика САН: Неблагоприятное состояние (низкие показатели самочувствия, активности и настроения) было зафиксировано у 90% респондентов. Это свидетельствует о хроническом астеническом состоянии, отсутствии жизненных сил.

- Тревожность (Спилберг): Высокий уровень личностной тревожности как устойчивой черты выявлен у 80% матерей. Ситуативная тревожность также была повышена у 85%. Это состояние постоянного внутреннего напряжения, ожидания угрозы, является прямым индикатором хронического психологического дистресса.

- Депрессия (Шкала Бека): Симптомы депрессии разной степени выраженности (от легкой субдепрессии до депрессии средней степени) обнаружены у 95% женщин. У 30% показатели соответствовали умеренной и выраженной депрессии. Для сравнения, в исследовании Родиной и Блох депрессивные симптомы у матерей детей с интеллектуальными нарушениями встречались у

44,4%. Столь высокий показатель в нашей выборке обусловлен наложением фактора материнства на экстремальный фактор заключения.

· Агрессивность (Басс-Дарки): Наиболее выраженными формами оказались обида (90%), подозрительность (70%), негативизм (75%), косвенная агрессия (55%). Физическая агрессия и раздражение были выражены у 40%. Такой профиль отражает состояние глубокой фрустрированности, враждебности к миру, ощущение несправедливости и обиды на жизнь, что напрямую блокирует способность к эмпатии, мягкому, принимающему и стабильному взаимодействию с незащитным младенцем.

· Одиночество (Рассел, Фергюсон): Высокую степень субъективного переживания одиночества и социальной изоляции отметили 55%, среднюю — 35%. Это чувство усугубляет депрессию и снижает мотивацию к просоциальным контактам, в том числе к углублению эмоциональной связи с ребенком.

3. Социально-психологическая адаптация и стресс: состояние краха.

· Стрессоустойчивость (Холмс, Раге): Высокий уровень стрессовой нагрузки, чреватый развитием психосоматических заболеваний и по классификации авторов означающий высокий риск дезадаптации (свыше 300 баллов), был выявлен у 65% матерей.

· Социально-психологическая адаптация (Роджерс, Даймонд): Признаки выраженной дезадаптации обнаружены у 90% опрошенных. Критическими оказались показатели неприятия себя (90%) и эскапизма (стремления уйти от реальности) (80%). Неприятие других отмечали 70% матерей. Это указывает на глубокий внутриличностный конфликт, тотально низкую самооценку и неспособность выстраивать доверительные, близкие отношения, что неизбежно проецируется и на отношения с ребенком.

· Социальная фрустрированность (Вассерман): Уровень фрустрации был крайне высоким по всем социальным сферам (работа/учеба, финансовое положение, отношения с родными, жизненные перспективы), что создает фон безнадежности и бесперспективности.

Подводя итог, матери-заключенные представляют собой группу с выраженным синдромом тотальной психосоциальной дезадаптации. Для них характерен комплекс: высокий нейротизм + возбудимая/тревожная акцентуация + хроническая тревожно-депрессивная симптоматика + высокий уровень фрустрированной агрессии и враждебности + переживание одиночества и неприятия себя. Такое состояние психики матери является крайне неблагоприятным, если не разрушительным, фоном для формирования надежной привязанности. Эмоционально лабильная, погруженная в свои переживания, депрессивная или переполненная обидой и раздражением мать не может быть эмоционально доступной, чуткой, последовательной и предсказуемой в реагировании на сигналы младенца. Она сама остро нуждается в поддержке и заботе, которых лишена. Это создает феномен «эмоционального сиротства при живых родителях», даже в условиях периодических встреч. Ребенок сталкивается не с надежным «контейнером» для своих эмоций и не с «безопасной гаванью», а с источником дополнительной непредсказуемости, напряжения и, зачастую, скрытого отвержения.

3.2. Структура и распространенность психосоматических расстройств у детей в условиях двойной депривации

Анализ медицинской документации, наблюдений и бесед с медицинским персоналом позволили выявить широкий спектр расстройств психосоматического круга у 97 детей. Частота и выраженность данных расстройств значительно превышали усредненные популяционные показатели для детей раннего возраста, что было подтверждено статистически ($p < 0.01$ по U-критерию Манна-Уитни при сравнении с литературными данными).

Классификация и частота выявленных расстройств:

I. Расстройства регуляции младенческого возраста (первые 6-12 месяцев) – как ранние маркеры дезадаптации диады:

- Синдром младенческих колик стойкого характера: Зафиксирован у 68% детей. Примечательно, что у 45% из них колики начались в первые две недели жизни и отличались резистентностью к стандартной диете и медикаментозной терапии, что указывает на их сильную психогенную компоненту на фоне стресса сепарации и дефицита успокаивающего, регулирующего материнского ухода.
- Функциональные срыгивания и регургитация: Наблюдались у 58% детей (примерно в 2-3 раза выше средних популяционных данных). Часто отмечалась «жвачка» — повторное пережевывание и срыгивание пищи, что в психосоматике и психиатрии раннего возраста рассматривается как классический признак сенсорной депривации и формы самостимуляции.
- Нарушения ритма сна и бодрствования: Выраженные инсомнии, частые ночные пробуждения с трудноутешимым плачем, трудности засыпания без длительного навязчивого укачивания — у 72% детей. Сон был поверхностным, тревожным, что свидетельствует о неспособности к самостоятельной регуляции и переходу в состояние покоя.

II. Расстройства пищевого поведения и развития (от 6 месяцев до 1.5 лет):

- Синдром нарушения развития неорганического генеза: Диагностирован у 18% детей. При отсутствии органических причин и достаточном предлагаемом питании дети демонстрировали плоские весовые кривые, вялость, гипотрофию, отставание в психомоторном развитии. Это классическое проявление депрессивной реакции младенца на недостаток эмоционального тепла и стимуляции, описанное еще Рене Шпицем как «анаклитическая депрессия».
- Младенческая нервная анорексия и психогенная рвота: Явная анорексия встречалась реже (около 3%), что, по мнению персонала, связано с жестким контролем объема питания со стороны медработников. Однако избирательный аппетит, капризы во время еды отмечались у 40% детей старше 8 месяцев. Эпизоды психогенной рвоты на фоне эмоционального напряжения (сразу после посещения матери, при смене ухаживающего персонала, в новой обстановке) фиксировались у 25% детей.

III. Эмоционально-поведенческие и соматоформные расстройства (от 1 года до 3 лет):

- Стереотипии (яктация, раскачивание тела, биение головой): Наблюдались у 35% детей, преимущественно перед сном или в состоянии пассивного бодрствования. Это ритмичные, монотонные аутостимулятивные действия, компенсирующие дефицит внешней сенсорной и эмоциональной стимуляции, успокаивающие при высоком уровне внутренней тревоги.
- Реакции сепарационной тревоги с соматизацией: У 60% детей посещения матерей (а также их уход) сопровождалось яркими, бурными аффективными реакциями: пронзительный плач, цепляние за мать или, парадоксально, уход, отстранение, «замирание». У 15% детей эта тревога принимала выраженные соматические формы: приступы тахипноэ («дыхательная паника»),

диарея, субфебрильная температура неясного генеза на следующий день после визита. Это прямое свидетельство того, что сама фигура матери, в силу ее непредсказуемости, собственной тревоги и эмоционального неблагополучия, стала для ребенка амбивалентным, стрессогенным объектом, а не источником утешения.

· Расстройства контроля физиологических отправления:

- Энкопрез (недержание кала) психогенного характера отмечался у 22% детей старше 2 лет.
- Энурез (ночной и дневной) — у 48% детей старше 1.5 лет. В беседах сестры отмечали, что эпизоды энуреза заметно учащались после эмоционально насыщенных, конфликтных или, наоборот, чрезмерно напряженных и формальных посещений матерей.
- Кожные и аллергические проявления: Распространенность атопического дерматита в исследуемой группе составила 41%. При этом у 70% из этих детей обострения (усиление зуда, высыпаний) четко коррелировали с периодами эмоционального напряжения (визиты матерей, болезнь, изменения в режиме, появление нового воспитателя). Это полностью согласуется с современным психосоматическим взглядом на атопический дерматит как на классическое заболевание, где стресс является мощнейшим триггером, а кожа символически отражает проблемы с границами и контактом.

IV. Общая характеристика психического тонуса и аффекта:

У подавляющего большинства детей (около 85%) персонал отмечал сниженный фон настроения, малую активность в самостоятельной игре, бедность эмоциональных проявлений (редкая, невыразительная улыбка, тихий, монотонный, «безучастный» плач), повышенную пугливость или, наоборот, индифферентность к новым людям и игрушкам. Эти черты соответствуют описанию ананклитической депрессии (депрессии зависимости) по Р. Шпицу, возникающей при длительной разлуке с матерью или при ее эмоциональной неотзывчивости.

3.3. Корреляционный анализ: установление взаимосвязей между характеристиками матери и симптоматикой ребенка

Для эмпирического подтверждения центральной гипотезы исследования о прямой зависимости между психологическим состоянием матери и соматическим здоровьем ребенка был применен метод статистического корреляционного анализа. Его цель — выявить не просто совпадения, а устойчивые, количественно измеримые взаимосвязи между переменными, характеризующими мать (уровень депрессии, тревожности, агрессии, адаптации) и переменными, описывающими психосоматическую симптоматику ребенка.

Методологическое обоснование и инструменты анализа

В связи с тем, что данные исследования не предполагали нормального распределения (выборка специфична, многие показатели имеют ранговый характер), для расчета был выбран непараметрический коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r_s). Этот коэффициент оценивает, насколько монотонно связаны две величины, и является устойчивым к отклонениям от нормальности распределения.

- Интерпретация коэффициента Спирмена (r_s): Значение коэффициента варьируется от -1 до +1.
- Положительное значение указывает на прямую связь: чем выше значение показателя у матери, тем более выражен симптом у ребенка.
- Отрицательное значение свидетельствует об обратной связи.
- Сила связи интерпретируется следующим образом: $0.1 < |r_s| < 0.3$ — слабая связь; $0.3 \leq |r_s| < 0.5$ — связь средней силы; $|r_s| \geq 0.5$ — сильная связь.
- Оценка достоверности (уровень значимости p): Чтобы исключить возможность случайного характера выявленной связи, вычисляется уровень статистической значимости (p -value). В социальных и медицинских науках общепринятыми порогами являются:
 - $p \leq 0.05$ — связь является статистически значимой (вероятность того, что она возникла случайно, не превышает 5%).
 - $p \leq 0.01$ — связь является высокозначимой (вероятность случайности менее 1%), что говорит о высокой надежности результата.
 - $p \leq 0.001$ — связь является весьма высокозначимой.

Проведенный анализ позволил выйти за рамки констатации параллельного неблагополучия и установить конкретные, измеримые каналы трансляции психоэмоционального дистресса матери в соматический симптом ребенка.

Ключевые результаты: паттерны трансляции материнского неблагополучия

1. Депрессивно-апатический паттерн: «Замирание диады».

Самые сильные и системные связи были обнаружены между уровнем депрессии у матери (по шкале Бека) и симптомами, отражающими дефицит витальной энергии и регресс у ребенка.

- Сильнейшая связь с общей апатией и сниженным психическим тонусом ($r_s = 0.52$, $p < 0.01$). Это высокозначимая сильная связь. Она наглядно иллюстрирует феномен «депрессивной диады»: эмоционально отстраненная, безучастная мать не может выполнять функцию «эмоционального зеркала» и стимулятора развития. Ребенок, не встречая отклика на свои проявления, психологически «замирает», его аффективная жизнь обедняется, что отмечалось персоналом как вялость, тихий плач, отсутствие интереса к игрушкам.
- Связь средней силы с синдромом нарушения развития (ФТТ) ($r_s = 0.41$, $p < 0.01$). Данный результат имеет ключевое значение, так как демонстрирует прямую трансляцию психического состояния матери в сферу физического развития. Депрессивная мать (даже во время кратких

визитов) не обеспечивает необходимой для младенца эмоциональной «подпитки», что может приводить к снижению тонуса, вялости сосания и, как следствие, к плоской весовой кривой при формально достаточном питании.

· Связь с расстройствами сна и стереотипиями ($r_s = 0.47, p < 0.01$ и $r_s = 0.38, p < 0.05$). Трудности засыпания и тревожный сон отражают неспособность ребенка самостоятельно регулировать возбуждение, функцию, которую в норме выполняет мать через укачивание, ритуалы. Стереотипные раскачивания перед сном выступают здесь как компенсаторный механизм самоуспокоения в условиях дефицита внешнего регулирования.

2. Тревожно-вегетативный паттерн: «Тело в режиме тревоги».

Показатели личностной тревожности и нейротизма у матери показали тесную связь с симптомами, указывающими на хроническую гипервозбудимость вегетативной нервной системы ребенка.

· Весьма сильная связь с сепарационной тревогой, осложненной соматикой ($r_s = 0.58, p < 0.01$). Это одна из самых мощных выявленных связей. Она означает, что тревожная мать, сама находясь в состоянии внутреннего напряжения, непроизвольно транслирует неуверенность и опасность ребенку. Встречи и разлуки с ней становятся не моментами утешения, а пиковыми стрессовыми событиями, которые детская психика не может переработать иначе, чем через «вегетативный срыв» — приступы тахипноэ, диарею, субфебрилитет.

· Связь средней силы с функциональными расстройствами ЖКТ и психосоматической кожной симптоматикой ($r_s = 0.44, p < 0.05$ и $r_s = 0.39, p < 0.05$). Эти корреляции подтверждают классические психосоматические механизмы. Кишечник, как орган, крайне чувствительный к стрессу, и кожа, как граница с миром, становятся органами-мишенями для непереносимого напряжения, источником которого, парадоксальным образом, выступает фигура матери. Обострение атопического дерматита после эмоционально напряженных визитов — яркое тому подтверждение.

3. Агрессивно-протестный паттерн: «Цепочка враждебности».

Высокие показатели по шкалам «обида», «подозрительность» и «вербальная агрессия» у матери коррелировали с внешними и поведенческими формами реагирования ребенка.

· Связь средней силы с эмоциональной неустойчивостью и агрессивными вспышками у ребенка ($r_s = 0.42, p < 0.01$). Ребенок усваивает аффективный стиль взаимодействия с миром. Атмосфера враждебности и обиды, которую мать приносит с собой, порождает у ребенка ответную раздражительность, протестные реакции и трудности контроля импульсов.

· Связь с энкопрезом ($r_s = 0.31, p < 0.05$). Хотя связь формально слабее, ее статистическая значимость важна. В психосоматической традиции энкопрез часто интерпретируется не только как регресс, но и как акт пассивной агрессии, символического «загрязнения» и протеста против внешнего контроля, что может быть реакцией на фрустрирующее и враждебное окружение.

4. Деадаптивно-регрессивный паттерн: «Разорванные связи с миром».

Низкие показатели социально-психологической адаптации матери, особенно шкалы «непринятие себя» и «эскапизм», были связаны с симптомами, отражающими трудности ребенка в установлении контактов и его эмоциональную незрелость.

· Сильная связь с трудностями установления контакта у ребенка ($r_s = 0.49, p < 0.01$). Мать, которая сама испытывает глубокие проблемы в принятии себя и построении отношений, не может быть проводником ребенка в социальный мир. Ее деадаптация проецируется на неспособность ребенка формировать безопасные привязанности даже к постоянному персоналу.

· Связь с энурезом ($r_s = 0.34, p < 0.05$). Этот симптом в данном контексте можно рассматривать как маркер общей эмоциональной незрелости и регресса. В условиях, когда материнская фигура не

обеспечивает надежной внешней опоры и «контейнирования» тревоги, ребенок регрессирует на более раннюю стадию развития, где контроль над функциями тела был иным.

Интеграция количественных данных с качественными наблюдениями

Важно подчеркнуть, что сухие статистические зависимости получили живое подтверждение в качественных данных. Медицинские сестры, выступавшие экспертами, эмпирически описывали те же закономерности: дети, чьи матери приходили на встречи подавленными или раздраженными, демонстрировали в последующие дни выраженное ухудшение состояния — учащение эпизодов рвоты, усиление кожного зуда, возвращение энуреза или повышенную тревожность. Напротив, редкие случаи относительно стабильного и теплого материнского поведения коррелировали с более мягкой и менее полиморфной симптоматикой у детей, даже в условиях институционализации.

В результате, корреляционный анализ стал тем ключевым инструментом, который позволил перевести теоретическое предположение о влиянии материнского фактора на язык статистически достоверных фактов. Выявленные связи не случайны и носят системный характер, образуя четкие паттерны:

1. Депрессия матери ведет к дефициту энергии и регрессу у ребенка.
2. Тревожность матери запускает хронический вегетативный стресс и соматизацию.
3. Агрессивность матери провоцирует поведенческие нарушения и протестные соматические реакции.
4. Деадаптация матери блокирует формирование у ребенка социальных компетенций и способствует эмоциональной незрелости.

Таким образом, тело ребенка выступает высокочувствительным индикатором, «соматическим дневником», в котором записывается история его травмирующих отношений с матерью. Полученные результаты являются строгим эмпирическим основанием для перехода от констатации проблемы к разработке адресных профилактических и коррекционных программ, направленных на разрыв этих патогенных связей через терапию детско-родительских отношений.

3.4. Интеграция результатов: патогенетическая модель формирования психосоматических расстройств в условиях исследуемой среды

Полученные результаты позволяют интегрировать теоретические модели и эмпирические данные в целостную патогенетическую модель.

1. Нарушение диады «мать-дитя» как краеугольный камень. Исследование наглядно продемонстрировало, что даже при физическом доступе материнская функция оказывается глубоко нарушенной. Мать, находящаяся в состоянии тяжелой психосоциальной дезадаптации, не может выполнять свои эволюционно заданные задачи: быть «контейнером» для тревоги и возбуждения ребенка (функция холдинга по Винникотту), быть «зеркалом», отражающим и называющим его состояния, обеспечивать надежную базу для исследования мира. Вместо этого она сама становится источником непредсказуемости и напряжения, усугубляя, а не снимая стресс ребенка.

2. Двойная депривация и ее последствия. Ребенок сталкивается с комбинацией:

- Эмоциональной депривации от матери, чье состояние блокирует возможность установления безопасной связи.

- Институциональной депривации (дефицит индивидуального внимания, частая смена взрослых в доме ребенка).

Это приводит к формированию дезорганизованного/дезориентированного типа привязанности (Мэри Мэйн). Ребенок не вырабатывает последовательной стратегии поведения с матерью: он может одновременно стремиться к ней и отталкиваться, замирать при ее приближении, демонстрировать смесь избегания и сопротивления. Этот внутренний конфликт и хаос («боятся того, кого любишь») являются мощнейшим внутренним стрессором, дезорганизующим всю систему саморегуляции.

3. Психосоматизация как основной язык дистресса. В условиях, когда психические механизмы совладания (из-за незрелости психики и отсутствия помощи со стороны взрослого в их формировании) не развиты, а вербализация переживаний невозможна, тело становится единственным доступным каналом выражения непереносимого аффекта. Соматический симптом — это крик о помощи, протест, способ самостимуляции или, наоборот, ухода от реальности.

- Колики и рвота — соматическое выражение недифференцированной паники, напряжения и невозможности «переварить» травмирующий опыт.

- Синдром нарушения развития и анорексия — символический отказ от жизни, от «плохого», непредсказуемого мира/матери, утрата витального импульса.

- Энурез/энкопрез — регресс на досознательную стадию, протест, неконтролируемое выражение агрессии или страха.

- Стереотипии — создание хоть какого-то ритма, порядка и сенсорной стимуляции в условиях сенсорного и эмоционального голода.

- Атопический дерматит — «кожа, жаждущая прикосновений», реакция границы организма на хроническое эмоциональное напряжение.

4. Подтверждение и углубление данных современных исследований. Полученные результаты полностью согласуются с выводами пилотного исследования Родиной и Блох (2025) о том, что именно поведенческие характеристики ребенка (тревожность, социальная дезадаптация) и психоэмоциональное состояние матери (депрессия, нейротизм, напряжение в контактах) являются ключевыми факторами, влияющими на отношение и, как следствие, на здоровье диады. В нашем случае эти факторы доведены до крайней степени выраженности ввиду экстремальности условий, что позволило увидеть их патогенное действие в чистом, усиленном виде.

5. Семья как система в условиях заключения. Ситуация заключения матери создает уникально патологическую семейную систему. Ребенок, даже не живя с матерью, оказывается триангулирован в ее глубинный конфликт с законом, обществом, с ее собственной травмой и чувством вины. Его симптом может быть бессознательной попыткой «спасти» мать, дав ей смысл

и социально одобряемую роль (уход за больным ребенком), или же прямым соматическим выражением общей семейной тоски, безнадежности и невысказанной агрессии.

В итоге, эмпирические данные убедительно доказывают, что мать, представленная в данном случае дисфункциональной, дезадаптированной личностью, искаженные детско-материнские отношения являются не просто фактором риска, а непосредственным патогенным агентом в формировании полиморфной и тяжелой психосоматической патологии у детей раннего возраста. Тело ребенка буквально воплощает в себе непереносимый аффект разорванной, травмированной связи.

ГЛАВА 4. ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ: ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ НА ОСНОВЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Результаты проведенного исследования выявили системные недостатки в существующей модели работы дома ребенка, которая, хотя и обеспечивает базовый медицинский уход и питание, практически полностью игнорирует психосоциальный и отношенческий аспект, являющийся ключевым в генезе наблюдаемой патологии. Профилактика и коррекция должны быть кардинально переориентированы с паллиативного лечения уже возникших соматических симптомов на раннее психологическое вмешательство в диаду «мать-дитя», начиная с момента установления беременности у осужденной женщины.

4.1. Принципы построения новой системы медико-психолого-социальной помощи

1. Принцип раннего начала и превентивности: Вмешательство должно начинаться в антенатальном периоде, а не после появления у ребенка выраженных симптомов.
2. Принцип приоритета диады: Объектом помощи является не ребенок и не мать по отдельности, а их взаимоотношения, их коммуникативные и регуляторные паттерны.
3. Принцип междисциплинарности и командной работы: Эффективная работа требует обязательной координации усилий акушеров-гинекологов, педиатров, неонатологов, клинических психологов, психотерапевтов, специалистов по социальной работе, юристов и сотрудников воспитательной службы исправительного учреждения. Необходимо создание постоянного консилиума.
4. Принцип преемственности и индивидуального маршрута: Создание единого, непрерывного «маршрута» сопровождения диады от беременности через роды, пребывание в доме ребенка до возможного воссоединения после освобождения матери или, в случае невозможности, — грамотного устройства ребенка в замещающую семью.
5. Принцип опоры на ресурсы и партнерства: Выявление и активизация даже минимальных позитивных сторон материнства и личности женщины, отказ от чисто контролирующей, надзирающей позиции в пользу партнерской, поддерживающей.

4.2. Конкретные направления и мероприятия профилактической и коррекционной работы

Направление 1. Работа с беременными осужденными (антенатальная профилактика – основа всего).

- Обязательные психологические консилиумы для всех беременных с участием клинического психолога и социального работника. Цель: оценка мотивации к материнству, уровня тревоги и депрессии, выявление риска отказа от ребенка, диагностика признаков деструктивного поведения.
- Специализированные программы подготовки к родам и осознанному материнству в условиях исправительного учреждения. Это не должны быть формальные лекции по гигиене, а интерактивные групповые и индивидуальные занятия, направленные на:
 - Формирование реалистичного, позитивного образа ребенка и материнской роли.
 - Развитие эмпатии к будущему ребенку через техники визуализации, «диалог с животом», прослушивание специальной музыки.
 - Обучение навыкам эмоциональной саморегуляции (дыхательные техники, методы снижения тревоги, основы mindfulness).
 - Проработку травматического опыта, чувства вины и стыда, что является критическим для предотвращения проекции этих чувств на ребенка.
- Организация «социального лифтинга»: При активном участии органов опеки и попечительства и доверенных некоммерческих организаций (НКО) — информирование и правовая помощь в оформлении возможности передачи ребенка на временное попечение проверенным родственникам сразу после родов. Это позволит минимизировать институциональную депривацию — главный повреждающий фактор.

Направление 2. Работа с матерью после родов (постнатальная поддержка и психокоррекция).

- Индивидуальная психотерапия для матерей. Показаны методы, доказавшие эффективность в работе с травмой и депрессией: когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), терапия, сфокусированная на привязанности, методы десенсибилизации и переработки травм, арт-терапевтические техники для выражения сложных, невербализуемых чувств.
- Тренинги по развитию родительских компетенций (психологическое просвещение):
 - Обучение «чтению» сигналов младенца (признаки голода, усталости, дискомфорта, потребности в контакте, перевозбуждения).
 - Обучение техникам аффективной настройки («отзеркаливание» эмоций, вокализации, «разговор» с ребенком, правильный тактильный контакт).
 - Формирование навыков последовательного, предсказуемого и чуткого ухода, создания режима как основы безопасности.
- Создание терапевтических групп взаимопомощи для матерей. Цель: снижение стигмы и чувства одиночества, обмен опытом, взаимная поддержка, формирование здоровой социальной сети внутри учреждения.

Направление 3. Непосредственная работа с диадой «мать-дитя» в условиях дома ребенка (центральное звено).

Это наиболее затратное, но и максимально эффективное направление, требующее специально подготовленных кадров.

- Введение штатной должности «специалиста по развитию детско-родительской привязанности» (психолога, прошедшего специальную подготовку, например, по программе VIG – Video Interaction Guidance).
- Организация специальных условий для посещений. Вместо формальных, неудобных встреч в общей комнате под присмотром — создание безопасного, приватного, обогащенного игрового

пространства («комната для встреч»), где мать и ребенок могут взаимодействовать естественно, без лишних глаз и давления.

- Применение видео-тренинга взаимодействия (VIG) как основного метода. Алгоритм: психолог снимает на видео короткие (5-10 мин) эпизоды естественного взаимодействия матери и ребенка. Затем в отдельной сессии (без ребенка) психолог и мать просматривают запись, и психолог, используя специальную технику, акцентирует внимание исключительно на позитивных, успешных моментах контакта, даже самых кратких (удачный взгляд, ответная улыбка, вовремя поданная игрушка, ласковое прикосновение). Это укрепляет уверенность матери, повышает ее чувствительность к сигналам ребенка и мотивацию, работает по принципу положительного подкрепления.

- Сенсорно-интегративные и телесно-ориентированные занятия для диады. Совместный массаж по программе «Кожа к коже», занятия в сенсорной комнате, игры, направленные на тактильный контакт и синхронизацию движений. Это помогает преодолеть дефицит прикосновений, построить основу телесного доверия и научить мать распознавать невербальные сигналы ребенка.

- Постоянный супервизионный контроль и обучение персонала. Работа клинического психолога должна включать регулярные супервизии для персонала дома ребенка для предотвращения профессионального выгорания и обучения сотрудников основам психологии привязанности, распознаванию признаков депрессии у младенцев, навыкам развивающего ухода.

Направление 4. Работа с ребенком (в отсутствие матери).

- Внедрение системы «ключевого работника» или «привязанного взрослого».

За каждым ребенком должен быть закреплен один или два постоянных воспитателя/няни, которые становятся для него значимым, предсказуемым взрослым, формируя замещающую безопасную привязанность. Это критически важно для снижения уровня стресса, формирования базового доверия к миру и профилактики дезорганизованной привязанности.

- Обогащение среды и развивающий уход. Программа должна включать не только гигиену и питание, но обязательное индивидуальное общение, чтение, ношение на руках, насыщенную развивающую среду в группе, соответствующую возрасту.

- Ранняя психологическая диагностика и коррекция. Регулярный скрининг детей на признаки депрессии, тревоги, нарушений привязанности. Для детей с выраженными стереотипиями, энурезом и т.д. — индивидуальные занятия с детским психологом, элементы игровой терапии, песочной терапии.

Направление 5. Работа по подготовке к воссоединению семьи или жизнеустройству.

- Если мать готовится к освобождению и принято решение о воссоединении — необходима программа постепенной интеграции: увеличение длительности и частоты посещений, включая возможность проведения целых выходных дней вместе с ребенком на специально оборудованной, приближенной к домашней, территории, обучение бытовым навыкам ухода.

- Если возврат в кровную семью признан невозможным (по решению суда, при отказе матери) — раннее и аккуратное устройство в профессиональную замещающую семью (патронат, приемная семья). Критически важна постепенность перехода и подготовка ребенка с помощью терапевтических методик («книга жизни», терапевтические сказки) для минимизации повторной травмы сепарации.

4.3. Оценка эффективности, возможные ограничения и этические аспекты

Внедрение подобной комплексной программы потребует дополнительного финансирования, подготовки узкоспециализированных кадров (психологи, VIG-терапевты) и, возможно, изменения некоторых нормативных актов. Однако экономические затраты на ее реализацию несопоставимо ниже долгосрочных социальных и экономических издержек, связанных с последствиями тяжелой психосоматической и психической патологии у выросших в таких условиях детей: хронические болезни, инвалидизация, социальная дезадаптация, низкий образовательный потенциал, риск криминального поведения и воспроизводства социального неблагополучия.

Ожидаемые эффекты:

- Снижение частоты и тяжести психосоматических расстройств у детей на 40-60%.
- Улучшение антропометрических показателей и темпов нервно-психического развития детей.
- Снижение уровня депрессии и тревоги, повышение родительской компетентности и самооценки у матерей.
- Увеличение количества случаев успешного, осознанного воссоединения семьи после освобождения матери.
- Снижение уровня профессионального выгорания и повышение удовлетворенности трудом у персонала дома ребенка.

Ограничения и риски:

- Кадровый дефицит: Острейшая нехватка подготовленных клинических психологов и психотерапевтов, особенно владеющих методами работы с привязанностью (VIG, Theraplay), готовых работать в системе ФСИН.
- Сопротивление системы и стереотипы: Консерватизм административных структур, воспринимающих психологическую помощь как «излишество» или «слабость», убежденность в приоритете формального ухода над отношенческим.
- Низкая мотивация части матерей, для которых беременность и ребенок — лишь инструмент для улучшения условий содержания, а не осознанный выбор.
- Сложный этический вопрос: В случаях глубоко деструктивного, опасного поведения матери (тяжелое психическое расстройство, выраженная агрессия) встает вопрос о целесообразности и этичности сохранения травмирующей связи для ребенка. Решение должно приниматься междисциплинарным консилиумом в интересах ребенка, с привлечением органов опеки.

Таким образом, отказ от развития и внедрения психосоматически и привязанностно-ориентированной модели профилактики в учреждениях типа домов ребенка при ИУ является не только научно необоснованным, но и этически неприемлемым, так как консервирует страдания самых незащищенных членов общества — детей, оказавшихся в экстремальных жизненных обстоятельствах не по своей воле. Инвестиции в исцеление первичных детско-материнских отношений — это инвестиции в будущее здоровье, как физическое, так и психическое, всего общества.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное теоретико-эмпирическое исследование всесторонне подтвердило выдвинутую гипотезу и убедительно доказало определяющую, системообразующую роль матери и качества детско-материнских отношений в генезе психосоматических расстройств у детей раннего возраста. На примере уникальной социальной модели — дома ребенка при исправительном учреждении — была раскрыта и детализирована патогенная цепь, напрямую связывающая психосоциальную дезадаптацию матери с полиморфной, полисистемной соматизацией аффекта у ребенка.

Теоретический анализ продемонстрировал логику эволюции психосоматической мысли: от античного холистического синтеза через редукционизм Нового времени к современной биопсихосоциальной парадигме. В этой парадигме семья, а в критический период раннего развития — прежде всего мать, выступает ключевым социальным модулятором, формирующим базовые, фундаментальные паттерны психофизиологической саморегуляции. Нарушения в этой тонко настроенной системе — будь то в форме депривации, непоследовательности, тревожной или депрессивной отстраненности матери — создают для ребенка среду хронического эмоционального стресса. Этот стресс, взаимодействуя с конституциональной уязвимостью, находит свой неизбежный выход в соматическом симптоме, становясь «языком тела», заменяющим неразвитую речь психики.

Эмпирическая часть исследования, основанная на комплексной диагностике 40 матерей-заклученных и углубленном анализе состояния 97 их детей, выявила шокирующую, но крайне показательную картину взаимосвязанного неблагополучия. Подавляющее большинство матерей характеризовались синдромом тотальной психосоциальной дезадаптации: высокий нейротизм, тревожно-депрессивная симптоматика, фрустрированная агрессия, чувство одиночества и непринятия себя. Этот психологический статус делал их эмоционально недоступными, непредсказуемыми и часто неспособными к эмпатии, даже в условиях кратковременных встреч с детьми.

У детей, воспитывающихся в условиях двойной депривации (эмоциональной от матери и институциональной от системы), был зафиксирован широкий спектр психосоматических расстройств с частотой, значимо превышающей популяционные нормы. От нарушений регуляции (колики, срыгивания) и расстройств пищевого поведения (синдром нарушения развития) до эмоционально-поведенческих проблем (стереотипии, сепарационная тревога с соматизацией, энурез, энкопрез) и обострений атопического дерматита. Статистический анализ выявил прямые, значимые корреляции между уровнем депрессии и тревоги у матери и тяжестью психосоматической симптоматики у ребенка, что является строгим научным доказательством причинно-следственной связи.

Полученные данные позволяют утверждать, что психосоматическое расстройство в раннем детстве в условиях депривации — это не болезнь отдельного органа, а системный симптом дисфункции отношений в диаде «мать-дитя-среда». Тело ребенка становится единственным доступным инструментом для выражения непереносимого аффекта, криком о помощи в ситуации, где психические механизмы совладания отсутствуют, а внешний мир не предоставляет надежного «контейнера» для переживаний.

Исследование имеет не только теоретическую, но и высокую практическую значимость. Оно неоспоримо доказывает полную несостоятельность чисто медицинско-педагогического подхода к профилактике и лечению подобных состояний в закрытых учреждениях. На основе результатов была разработана система мер, предполагающая радикальную переориентацию работы с лечебно-

профилактической на медико-психолого-социальную модель, где главным фокусом становится восстановление, поддержка и лечение детско-материнской привязанности. Ключевыми элементами этой системы должны стать: раннее вмешательство начиная с беременности, введение метода видео-тренинга взаимодействия (VIG), создание условий для качественных контактов в диаде, подготовка персонала, внедрение системы ключевого работника для ребенка.

Таким образом, роль матери в формировании психосоматических заболеваний является не просто одним из многих факторов риска, а фундаментальным, системообразующим патогенетическим звеном. Профилактика тяжелой психосоматической патологии у детей должна начинаться не с педиатра, к которому приводят уже больного ребенка, а с создания условий для формирования здоровой, надежной, эмоционально насыщенной и безопасной связи между младенцем и его самым первым и самым важным миром — матерью. В случаях, когда эта связь изначально повреждена внешними обстоятельствами (как в условиях заключения), общество и государство несут моральную и профессиональную ответственность за организацию специализированной, научно обоснованной системы помощи. Эта помощь должна быть направлена на исцеление не тела ребенка в отдельности, а его разрушенных базовых отношений с миром, давая ему шанс на здоровое будущее и разрывая порочный круг передачи психосоматического неблагополучия из поколения в поколение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. — М.: Издательство Института Психотерапии, 2001. — 320 с.
2. Старшенбаум Г. В. Психосоматика: дети. Полный курс для психологов и родителей. — М.: АСТ, 2023. Jellesma F. C. Childhood Somatic Complaints: Relationships with Child Emotional Functioning and Parental Factors // *Journal of Behavior Therapy and Mental Health*. — 2016. — Vol. 1(3). — P. 14–26.
3. Schäfer M. et al. History, aims and present structure of psychosomatic medicine in Germany // *BioPsychoSocial Medicine*. — 2018. — Vol. 12(1).
4. Tillery R. et al. Early Life Somatic Complaints: Longitudinal Associations with Maternal Psychopathology and Child Anxiety/Depression // *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. — 2018. — Vol. 39(7). — P. 573–579.
5. Walker L. S. et al. Concordance Between Mothers' and Children's Reports of Somatic and Emotional Symptoms in Patients With Recurrent Abdominal Pain or Emotional Disorders // *Journal of Abnormal Child Psychology*. — 1998. — Vol. 26(5). — P. 381–391.
6. Антропов Ю. Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков (клиника, динамика, патогенез и дифференцированное лечение): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1999.
7. Psychosomatology as a theoretical paradigm of modern psychosomatic medicine // *L'Encéphale*. — 2007. — Vol. 33(4, Pt. 1). — P. 697–704.