

Научная статья

УДК 159.9.07

## **Особенности регуляции эмоций и соматизации аффекта: сравнительный анализ у разных групп испытуемых**

**Аклима Накиповна Султанова**

*Новосибирский государственный медицинский университет,  
Новосибирск, Россия, sultanova.aklima@yandex.ru*

**Марина Геннадьевна Чухрова**

*Новосибирский государственный педагогический университет;  
Новосибирский государственный университет экономики и управления,  
Новосибирск, Россия, mba3@ngs.ru*

**Татьяна Александровна Филь**

*Новосибирский государственный университет экономики и управления,  
Новосибирск, Россия, t.a.\_fil@mail.ru*

**Алла Алексеевна Александрова**

*Новосибирский государственный педагогический университет,  
Новосибирск, Россия, alla\_1981@mail.ru*

*Аннотация.* В статье представлено исследование баланса чувственного и рационального у испытуемых разных клинических групп, а также выявление особенностей регуляции эмоций во взаимосвязи с соматическим компонентом личности. Обследовались пациенты с соматическим профилем отделений эндокринологии и пульмонологии и пациенты отделения невротозов. В качестве группы сравнения были опрошены люди, активно занимающиеся спортом. Выявлена взаимосвязь между алекситимией и способами эмоциональной дисрегуляции. Чем выше уровень алекситимии, тем ниже телесная осознанность. Выявлено, что пациенты отделения невротозов имеют высокие баллы по шкале алекситимии, группа с соматической патологией находится на промежуточном уровне. Основными дисрегуляторными способами эмоционального реагирования являются руминация и трудности ментализации.

*Ключевые слова:* алекситимия, психосоматические расстройства, особенности эмоционального реагирования.

*Для цитирования.* Султанова А. Н., Чухрова М. Г., Филь Т. А., Александрова А. А. Особенности регуляции эмоций и соматизации аффекта: сравнительный анализ у разных групп испытуемых // Развитие человека в современном мире. 2022. № 4. С. 40–50.

Original article

## Features of regulation of emotions and somatization of the affect in patients of the psychic and somatic component

**Aklima N. Sultanova**

*Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia,  
sultanova.aklima@yandex.ru*

**Marina G. Chukhrova**

*Novosibirsk State Pedagogical University; Novosibirsk State University of Economics and Management, Novosibirsk, Russia, mba3@ngs.ru*

**Tatiana A. Fil**

*Novosibirsk State University of Economics and Management, Novosibirsk, Russia,  
t.a.\_fil@mail.ru*

**Alla A. Alexandrova**

*Novosibirsk State Pedagogical University, Novosibirsk, Russia,  
alla\_1981@mail.ru*

*Abstract.* The purpose of the study: to study the balance of sensory and rational in subjects of different clinical groups, to identify the peculiarities of emotion regulation in relation to the somatic component of personality. The study involved 28 subjects, average age  $35.78 \pm 13.88$ , patients with a somatic profile of the departments of endocrinology and pulmonology and patients of the department of neuroses. As a comparison group, people who are actively engaged in sports were interviewed. The relationship between alexithymia and methods of emotional dysregulation is revealed. The higher the level of alexithymia, the lower the body awareness. It was revealed that the patients of the neurosis department have high scores on the alexithymia scale, the group with somatic pathology is at an intermediate level. The main dysregulatory ways of emotional response are rumination and difficulties of mentalization.

*Keywords:* alexithymia, psychosomatic disorders, features of emotional response.

*For citation.* Sultanova A. N., Chukhrova M. G., Fil T. A., Alexandrova A. A. Features of regulation of emotions and somatization of the affect in patients of the psychic and somatic component. *Human Development in the Modern World*, 2022, no. 4, pp. 40–50. (In Russ.)

Регулирование эмоций включает в себя согласованные отношения с самим собой, в том числе эффективную связь между телом, разумом и чувствами. Эффективное регулирование эмоций включает в себя способность точно обнаруживать и оценивать сигналы, связанные с физиологическими реакциями на стрессовые события, сопровождаемые соответствующими стратегиями регулирования, которые смягчают и влияют на эмоциональный ответ. Существуют убедительные доказательства, демонстрирующие связь между нарушенной осведомленностью о сенсорной информации, или interoцептивной осведомленностью, и трудностями в регулировании эмоций [1; 2]. Развитие этих ключевых interoцептивных способностей улучшает сенсорную (физическую и эмоциональную) осведомленность, уменьшает дистресс и улучшает регуляцию. Стратегии преподавания и изучения interoцеп-

тивной осведомленности недостаточно развиты в осознанности или психотерапевтических подходах, что особенно важно для людей, которые могут испытывать трудности при обучении интероцептивной осведомленности в результате стресса, хронической боли или травмы [1].

Регулируемые эмоции настраиваются и адаптируются к соответствующим психосоциальным и физическим обстоятельствам, оптимизируя возможности функционировать в восстановительной и ориентированной на рост манере [11; 13]. Это включает формирование адаптивного, адекватного эмоционального отклика, настроенного на внутренние личные сигналы, а также внешние обстоятельства, которые организуют поведение и приносит пользу человеку [5]. Нарушение регуляции эмоций включает в себя эмоциональную реакцию, которая является непропорциональной, ошибочной или неуместной в отношении стимула и неэффективной для достижения общего и последовательного благополучия.

Исследования все больше подтверждают тот факт, что эмоции могут влиять на нашу иммунную систему [6; 7].

За последние несколько десятилетий исследования предоставили достаточные доказательства сходств и совпадений между иммунными и эмоциональными реакциями. Большинство живых существ используют обе системы для динамической адаптации к постоянно меняющимся условиям внешней среды. Обе системы могут быть либо защитными для организма, если они находятся под контролем, либо вредными для него, когда они находятся в беспорядке [3; 4]. Несмотря на обширную совокупность имеющихся знаний о связях между этими двумя системами, достаточно сложно все систематизировать и вывести в единую концепцию. Это может быть связано со многими причинами, включая воспринимаемое впечатление, что мир иммунологии и мир психологии или психиатрии совершенно разные, если не полярные противоположности.

Аффективная иммунология – это теория, основанная на двух фундаментальных предположениях: 1) иммунная и эмоциональная системы отражают друг друга; 2) как иммунологические, так и эмоциональные реакции динамичны и постоянно меняются [8]. Первое предположение основано на базисе клинических и экспериментальных данных, свидетельствующих о повышенной частоте эмоциональных расстройств у пациентов, страдающих от иммунных заболеваний, и повышенной восприимчивости к иммунным заболеваниям у пациентов, страдающих психическими расстройствами [9]. Эмоциональная и иммунная системы очень «пластичны». Термин «пластичность» использовался для обозначения способности постоянно изменяться и приспосабливаться в зависимости от внешних факторов или условия жизни [3].

О влиянии временной или острой дисфункции иммунной системы на эмоциональное благополучие почти ничего не известно. Большая часть данных, доступных в этом отношении, касается последствий острого введения иммунодепрессантов. Несколько исследований на людях подтвердили связь между состоянием иммуносупрессии и развитием психических расстройств. Наиболее распространенными состояниями являются синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), рассеянный склероз и ревматоидный артрит [4].

Существует необходимость взглянуть на иммунные и эмоциональные заболевания с другого ракурса. Более рационально рассматривать пациента как нечто целостное от его иммунного фенотипа до личности, от окружающей среды до об-

раза жизни. Важно использовать все возможные ресурсы, которые уменьшают негативные эмоции, частично улучшают здоровье и благотворно повлияют на иммунную и эндокринную регуляцию.

Эмоциональный импульс имеет два пути: он либо выражается, либо остается внутри нас, не находя выхода. Таким образом, эта подавленная энергия копится в теле годами и приводит к саморазрушению. Подавление и запрет на выражение – это ничто иное, как аутоагрессия. Вследствие этих деструктивных механизмов происходит потеря своего настоящего аутентичного Я, подмена и неосознание своих потребностей, высокий риск развития психосоматических заболеваний вследствие потери связи с телесным компонентом [1; 10; 12].

Безусловно, важно возвращать баланс чувственного и рационального, учиться принимать, отслеживать и понимать свое психоэмоциональное состояние. Необходимо помнить, что совершенно нормально быть раздраженным и злым, грустным, апатичным, веселым и возбужденным. Важно проводить грань между нежелательным поведением и табуированием нежелательных эмоций. Можно запрещать ребенку проявлять физическую агрессию по отношению к окружающим, но нельзя запрещать ребенку злиться. Если эмоция возникает, значит есть основание для ее ощущения.

Алекситимия в последние годы становится более распространенным явлением, которое обращает на себя внимание исследователей. По различным данным, частота встречаемости алекситимии колеблется от 2,9 % до 18,3 % в зависимости от возраста и особенностей деятельности. В переводе с греческого, алекситимия означает «нет слов для эмоций». Этот психологический феномен включает в себя гамму самых разнообразных симптомов: проблемы с дифференцировкой эмоций, искажение эмоционального фона, невозможность вербализации психоэмоционального состояния, трудности фантазирования. Люди, демонстрирующие высокий уровень алекситимии, не только имеют ограниченную способность отражать и регулировать свои эмоции, но также испытывают трудности в их устной передаче [2; 14; 16]. Но одно из главных особенностей алекситимии – это сложности в интерпретации своих телесных сигналов и, как следствие, развитие психосоматической патологии. Так как любое изменение аффекта сопровождается изменением телесного ощущения (вегетативные реакции, мышечный тонус, биохимия, гормональные скачки), а в случае алекситимии возникают трудности с определением этих состояний, в масштабном понимании это приводит к потере связи с телесным компонентом.

Дальнейшее интенсивное исследование телесных переживаний в контексте межличностных взаимодействий как с участниками, так и с терапевтами направлено на то, чтобы способствовать осознанию и пониманию телесного существования как разнообразного источника нейтрально, положительно и отрицательно оцененных воздействий на самопознание. Роль терапевта здесь состоит в том, чтобы помочь пациентам выработать альтернативную концептуализацию тела, переходя от субъективной точки зрения (тело воспринимается как просто враждебный объект, вызывающий проблемы и контролирующийся себя) к более целостной перспективе самосознания, уважения и принятия [15].

В своем исследовании Ф. Рорихт [17] с соавторами отмечают, что после проведения телесно-ориентированной терапии результаты включают снижение тяжести соматизации и значительное и устойчивое повышение субъективного качества жизни, которое было значительно более выраженным в группе вмешательства по сравне-

нию с начальными показателями. Потенциальный механизм наблюдаемых изменений может быть связан с повышением самооценки, что указывает на лучшую приверженность и способность справляться с устойчивыми физическими симптомами.

**Цель исследования:** изучение баланса чувственного и рационального у испытуемых разных клинических групп, выявление особенностей регуляции эмоций во взаимосвязи с соматическим компонентом личности.

**Методы исследования.** Исследование проводилось на следующих базах ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница № 1» и ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская клиническая психиатрическая больница № 3». На диагностическом этапе в исследовании принимали участие 28 испытуемых, средний возраст  $35,78 \pm 13,88$ . В качестве основной выборки послужили пациенты с соматического профиля отделений эндокринологии и пульмонологии и пациенты отделения неврозов. В качестве группы сравнения были опрошены люди, активно занимающиеся спортом.

Применялись соответствующие методы: диагностика эмоциональной сферы при помощи Торонтской алекситимической шкалы, диагностика наличия эмоциональной дисрегуляции, опросник эмоциональной дисрегуляции, диагностика выраженности interoцептивных ощущений при помощи многоуровневой оценки interoцептивной осознанности, диагностика понимания невербальных проявлений эмоций проводилась с помощью набора изображений «Лица Экмана».

Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке с помощью U-критерия Манна–Уитни, который использовался для выявления различий между основными группами и контрольной. Достоверные различия были выявлены как между основными группами и контрольной (по шкалам алекситимия, понимание невербальной стороны эмоций, руминация, трудности ментализации), так и между основными группами (по шкалам руминация, трудности ментализации, саморегуляция).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Перед диагностическим этапом была проведена клиническая беседа, которая в совокупности с объективными методами способствовала более целостному пониманию портрета испытуемых. Беседа была направлена на сбор анамнеза, выявление актуального психоэмоционального состояния, объяснение цели исследования. Налаживание контакта затруднений не вызвало, испытуемые были заинтересованы и достаточно мотивированы.

Наиболее показательной группой были испытуемые в отделении неврозов. В результате беседы было выявлено, что большинство пациентов имели в анамнезе панические атаки, также было очевидным, что в структуре личности преобладает тревожно-депрессивный радикал. Характерной чертой была выраженная амбивалентность в высказываниях, не сопровождаемая критикой. При вопросах о правильности реагирования на условно отрицательные эмоции, пациенты строили грамматически верные конструкции, но то же время отражающие противоположные способы ответа на эмоциональный импульс, например, «выражать-подавлять». Такие особенности противоречивых суждений, характерны только для этой группы, замечались на протяжении всего исследования. Вероятнее всего, такие проявления личностной организации являются следствием внутриличностного конфликта и глубинных противоречий, что и лежит в основе невроза.

При оценке выраженности алекситимии у пациентов отделения неврозов было выявлено, что 63 % исследуемых имеют высокий уровень алекситимии, 12 % – промежуточный, 25 % – низкий. У пациентов соматического профиля результаты по-

казали наличие алекситимии у 27,3 %, 63,6 % имеют промежуточный уровень алекситимии, близкий к верхней границе.

Высокие баллы у первой группы испытуемых (пациенты отделения неврозов) могут свидетельствовать прежде всего о низкой выраженности экспрессивной стороны эмоций, что в свою очередь вызывает сложности в более тонкой дифференцировке эмоциональных состояний. Кроме этого, высокие показатели по шкале позволяют предположить о низкой связи с телом, с его потребностями.

Во второй группе исследуемых (пациенты соматического профиля) преобладает промежуточный вариант, следовательно, можно говорить о тенденции к алекситимии. Это может повлиять на течение (вероятнее всего и возникновение) заболевания, т. к. пациенты исследуемой группы относятся к отделениям эндокринологии и пульмонологии (в исследовании участвовали пациенты с астмой), заболевания которых имеют полимодальную факториальную природу. Психоэмоциональное состояние, наличие внутриличностного конфликта, нестабильный эмоциональный фон в совокупности с физиологическими нарушениями могут привести к возникновению патологии.

Достоверных различий между 1 и 2 группами выявлено не было ( $p=0,7$ ). Это можно объяснить тем, что психогенная природа возникновения заболевания лежит в основе не только 1 группы, но и может частично влиять на патологию 2 группы испытуемых.

При анализе результатов контрольной группы, в которую входили люди, активно занимающиеся спортом, были получены следующие результаты: 88,9 % не имеют алекситимии, 11,1 % занимают промежуточную позицию в отношении наличия алекситимии.

Третья группа (группа спортсменов) демонстрирует положительные показатели по шкале. Это можно связать с тем, что люди этой категории находятся в хорошей согласованности со своим телом, так как на протяжении продолжительного времени с ним взаимодействуют. Они хорошо чувствуют потребности и находятся в контакте со своими эмоциями, способны конструктивно их выражать и дифференцировать.

По данным методики, выявляющей доминирующую стратегию эмоциональной дисрегуляции, средние и высокие показатели были выявлены по шкале руминации и трудности ментализации. У 50 % пациентов с неврозом обнаружен высокий показатель по шкале руминации и 50 % имеют среднюю выраженность признака. У пациентов соматического профиля ситуация более благоприятная: у 63,7 % исследуемых этой категории наблюдается средний уровень признака, в 18,1 % случаев – низкий уровень руминации, в 18,2 % – высокий. Достоверные различия между группой с неврозами и пациентов соматического профиля составляют  $p=0,04$ .

Результаты диагностики контрольной группы показывают, что 55,6 % спортсменов имеют средние показатели по шкале руминация и 44,4 % – низкий уровень.

При анализе шкалы избегания достоверных различий между группами выявлено не было. Все группы демонстрируют средние показатели по этой шкале. Это говорит о некой тенденции к уходу от негативных состояний и избеганию ситуаций, в которых они могли бы проявиться.

Значимой чертой при оценке эмоциональной дисрегуляции является наличие склонности к проявлению трудностей ментализации. Пациенты с неврозом в 87,5 % демонстрируют средний уровень выраженности и 12,5 % – высокий. У испытуемых

соматического профиля в 63,6 % выявляется средний уровень по шкале, в 18,2 % – низкий, 18,2 % – высокий. Контрольная группа также испытывает трудности ментализации: у 89 % респондентов отмечается средний уровень выраженности признака, что является неутешительным показателем и лишь у 11 % – низкий.

Таким образом, наличие признака руминации в контексте этой методики говорит о патологической навязчивой фиксации на ситуациях прошлого, чаще всего негативных, что сопровождается актуализацией негативных эмоций. Использование такого способа возвращения к аффекту расходует ресурс организма без возможности изменения болезненной ситуации, и впоследствии может привести к возникновению тревожно-депрессивных состояний. Трудности ментализации проявляются в сложности понимания своего психического состояния и состояния окружающих. У таких людей происходит нарушение в установлении взаимосвязей между психоэмоциональным состоянием и поведением, а также трудности в определении желаний и потребностей.

По результатам методики мы отметили выраженность низких показателей у пациентов с неврозами по следующим шкалам: способность не отвлекаться, способность не беспокоиться, саморегуляция. Это свидетельствует о повышенной тревожности при появлении каких-либо странных ощущений в теле и фиксация на них. Доказательством этому являются высокие показатели по шкале – способность замечать interoцептивные нарушения. Пациенты этого профиля воспринимают любые изменения на физиологическом уровне (головная боль, тахикардия, головокружения) как состояния, опасные для жизни, и гипертрофированно фиксируются на этих ощущениях, упуская при этом другие телесные и эмоциональные сигналы. В целом, можно сказать, что пациенты с неврозом недостаточно чувствуют связь со своим телом, своими потребностями и желаниями. Это может произойти по причине подавления эмоций и их капсулирования на уровне тела, а также при недостаточной интеграции структур личности.

Группа соматического профиля по всем шкалам демонстрирует средне выраженные показатели, что в целом является промежуточным вариантом между разорванностью связи с телом и высокой interoцептивной чувствительностью.

Наиболее благоприятные отношения между телом и психикой были обнаружены у испытуемых из группы спортсменов. Количественные показатели шкал находятся на среднем или высоком уровне. Это говорит о хорошей чувствительности своего тела, более качественном выражении эмоций и понимании своих потребностей.

Таким образом, мы делаем вывод, что люди, работающие над своим телом (например, спортивная деятельность), находятся в более тесном контакте с телесной структурой личности. Они более тонко могут дифференцировать места напряжения и дискомфорта, замечать связь эмоционального состояния и ощущений в теле, с большей вероятностью определяют свои желания и потребности, и, как следствие, чувствуют себя наиболее целостными. Пациенты с неврозом, напротив, фиксируются только на дискомфортных и болезненных ощущениях, неосознанно провоцируя тревогу. Они больше уделяют внимание рациональной стороне личности, анализируя и объясняя происходящее.

Было замечено, что это задание вызвало некие затруднения у всех 3 групп испытуемых. Респонденты на некоторые предъявления не могли дать однозначный ответ, что в целом демонстрирует низкие показатели успешных выборов оценки невербальной стороны чувственно-эмоциональной сферы. Тем не менее, испытуемые контрольной группы показывают наилучшие результаты.

Оценивая средние показатели выбора, представляется очевидным, что группа спортсменов в состоянии оценить большую часть невербальных проявлений эмоций. Из наблюдений во время проведения методики было интересно то, что большую часть представленных на изображении эмоций исследуемые переносили на собственную мимику, пытаясь в это время понять, на какое состояние это похоже. Часть пациентов соматического профиля демонстрировали схожее поведение. Пациенты отделения неврозов показали наименьшее число совпадений. Это можно объяснить высоким уровнем алекситимии, и, как следствие, низкими показателями эмпатии и неспособностью к тонкой дифференцировке эмоциональных состояний. Вторым отягощающим фактором является нарушение взаимосвязи сознания и телесности, такие пациенты испытывают сложности в переносе чувств на тело.

Достоверные различия были обнаружены между контрольной группой и группой больных неврозом ( $p=0,0009$ ) и между контрольной группой и пациентами соматического профиля ( $p=0,004$ ).

При качественном анализе проективной методики особое внимание на себя обратили пациенты, больные неврозом. Во время выполнения задания у 50 % возникли сложности с выбором цветового соответствия определенной эмоции, что вполне объяснимо высокими показателями алекситимии, и, следовательно, затруднениями на уровне воображения. Еще одной показательной особенностью этой категории респондентов является то, что никто из группы никак не взаимодействовал на силуэте человека с зоной таза и ниже, у всех эта область осталось не закрашенной. С точки зрения телесно-ориентированного подхода, это говорит о формировании тазового блока. Эта зона отвечает за инстинктивные, сексуальные импульсы, также в ней находятся витальные страхи. При формировании блока в этой области человек словно частично запрещает себе принимать удовольствие от жизни, фиксируясь на негативном, он теряет связь со своими истинными желаниями и потребностями, нарушается целостность личности. В доказательство этому при вопросе о месте хронического напряжения большинство отметили область шеи и шейно-воротниковой зоны. Это является зоной контроля между чувственным (тело) и рациональным (голова). Следовательно, у человека такой категории образуется конфликт между «хочу» и «нужно/правильно», что является одной из ведущих причин формирования невроза.

Прямая взаимосвязь высокой силы обнаружена между шкалами «алекситимия» и «руминация» ( $r=0,8$ ). Это можно объяснить тем, что человеку недоступна вся гамма эмоционально-чувственных переживаний и он, таким образом, будто компенсирует эту потребность в фиксации на негативных событиях прошлого. Также замечена обратная корреляционная связь высокой силы, образующая треугольник между «руминацией» и «способностью замечать interoцептивные нарушения» ( $r=-0,8$ ) и «алекситимией» и «способностью замечать interoцептивные нарушения» ( $r=-0,7$ ). Это явление объясняется тем, что при высоких показателях по шкале алекситимии человек теряет связь с телесной структурой, с чувственной стороной личности и, следовательно, не замечает любые происходящие изменения в теле, т. к. эти потребности он компенсирует фиксацией на эмоционально наполненных событиях прошлого.

Рассматривая следующую обратную корреляционную связь высокой силы между «избеганием» и «доверием к телесным ощущениям» ( $r=-0,7$ ), можем отметить, что, когда человек не стремится избегать эмоционально-окрашенных ситуаций,

у него формируется доверие к собственным телесным ощущениям. Но в этом случае важно учитывать особенности выборки. Пациенты с неврозом ложно думают, что находятся в хорошем контакте с телом и способны замечать любые изменения и контролировать их, хотя по факту они фиксируются на физиологических изменениях с формированием тревожных состояний, а остальные импульсы при этом игнорируются.

Таким образом, несмотря на доказательства связи между разумом и телом, разделение между ними все еще остается доминирующим положением для большинства населения и систем здравоохранения, о чем свидетельствует искусственное разделение между физическим и психическим здоровьем.

Эмоции, такие как гнев, страх, вина, беспокойство, грусть, обида, ревность и др., проявляются не только на уровне сознания, но и на телесном уровне. Умение конструктивного выражения эмоции способствует гармоничному развитию личности и ресурсному состоянию. Напротив, подавленные и неосознаваемые эмоции могут способствовать дисбалансу и соматической патологии [18; 19]. Подавление эмоций – активное воздействие на сильные эмоции, направленное против их естественного течения с целью их уничтожения. Следовательно, нарушается естественный ход их выражения, и при подобном систематически-стабильном повторении эмоциональных состояний и их подавлении, эмоция закрепляется на уровне тела и стимулирует нарушения на всех уровнях организации.

#### **Выводы:**

1. Выявлено, что пациенты отделения неврозов имеют высокие баллы по шкале алекситимии. Это создает трудности в вербализации собственных эмоций, нарушение связи с телом, стремление фокусироваться на внешних потребностях. Группа с соматической патологией находится на промежуточном уровне по шкале алекситимии. Основными дисрегуляторными способами эмоционального реагирования являются руминация и трудности ментализации.

2. У группы пациентов с неврозами в целом снижен контакт с собственным телом, им сложно фокусировать внимание на телесных ощущениях и саморегулировать их; ощущения, выходящие за рамки нормы вызывают состояние тревоги вплоть до развития панических атак. Группа соматического отделения демонстрирует средний уровень телесного осознания.

3. Определены сложности в дифференцировке эмоциональных состояний на основе невербальных изменений.

4. Выявлена взаимосвязь между алекситимией и способами эмоциональной дисрегуляции: чем выше уровень алекситимии, тем ниже телесная осознанность.

#### **Список источников**

1. *Пронин С. В., Чухрова М. Г., Егорова Л. С.* Психосоматика в клинической практике: монография. Новосибирск: Немо Пресс, 2019. 172 с.

2. *Холмогорова А. Б., Воликова С. В.* Семейный контекст расстройств аффективно-го спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2004. № 2. С. 11–20.

3. *Чухрова М. Г., Маркова Е. В.* Психосоматическая патология в контексте адаптации личности: монография. Saint-Louis: Science and Innovation Center Publishing House, 2016. 196 с.

4. *Чухрова М. Г., Пилипенко Г. Н.* Алекситимия и адаптация личности. Новосибирск: Альфа Ресурс, 2011. 96 с.

5. Blair R. J., White S. F., Meffert H. et al. Emotional learning and the development of differential moralities: implications from research on psychopathy // *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2013. Vol. 1299. P. 36–41.

6. Brewer R., Happé F., Cook R. et al. Commentary on “Autism, oxytocin and interoception”: Alexithymia, not autism spectrum disorders, is the consequence of interoceptive failure // *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2015. Vol. 56. P. 348–353. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2015.07.006

7. Dhabhar F. S., Malarkey W. B., Neri E. et al. Stress-induced redistribution of immune cells – from barracks to boulevards to battlefields: a tale of three hormones – Curt Richter Award winner // *Psychoneuroendocrinology*. 2012. Vol. 37, Issue 9. P. 1345–1368.

8. Di Tella M., Tesio V., Ghiggia A. et al. Coping strategies and perceived social support in fibromyalgia syndrome: relationship with alexithymia // *Scandinavian Journal of Psychology*. 2018. Vol. 59. P. 167–176. DOI: 10.1111/sjop.12405

9. Drossman D. A. Functional gastrointestinal disorders: History, pathophysiology, clinical features, and Rome IV // *Gastroenterology*. 2016. Vol. 150. P. 1262–1279. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.032

10. Faramarzi M., Kheirkhah F., Shokri-Shirvani J. Psychological factors in patients with peptic ulcer and functional dyspepsia // *Caspian Journal of Internal Medicine*. 2014. Vol. 5, Issue 2. P. 71–76.

11. Gronke K., Kofoed-Nielsen M. Innate lymphoid cells, precursors and plasticity // *Immunology Letters*. 2016. Vol. 179. P. 9–18.

12. Hayley S., Audet M. C., Anisman H. Inflammation and the microbiome: implications for depressive disorders // *Current Opinion in Pharmacology*. 2016. Vol. 29. P. 42–46.

13. Hosoi M., Molton I. R., Jensen M. P. et al. Relationships among alexithymia and pain intensity, pain interference, and vitality in persons with neuromuscular disease: considering the effect of negative affectivity // *Pain*. 2010. Vol. 149. P. 273–277. DOI: 10.1016/j.pain.2010.02.012

14. Jones K. H., Jones P. A., Middleton R. M. et al. Physical disability, anxiety and depression in people with MS: an internet-based survey via the UK MS Register [Электронный ресурс] // *PLOS One*. 2014. Vol. 9, Issue 8. URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0104604> (дата обращения: 10.11.2022).

15. Lopes P. C. Why are behavioral and immune traits linked? // *Hormones and Behavior*. 2017. Vol. 88. P. 52–59.

16. Muscatello M. R., Bruno A., Mento C. et al. Personality traits and emotional patterns in irritable bowel syndrome // *World Journal of Gastroenterology*. 2016. Vol. 22, Issue 28. P. 6402–6415.

17. Röhrich F., Sattel H., Kuhn C. et al. Group body psychotherapy for the treatment of somatoform disorder – a partly randomised-controlled feasibility pilot study [Электронный ресурс] // *BMC Psychiatry*. 2019. URL: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-019-2095-6> (дата обращения: 10.11.2022).

18. Schulz A., Vögele C. Interoception and stress [Электронный ресурс] // *Frontiers in Psychology*. 2015. Vol. 6. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2015.00993/full> (дата обращения: 10.11.2022).

19. Shah P., Hall R., Catmur C. et al. Alexithymia, not autism, is associated with impaired interoception // *Cortex*. 2016. Vol. 81. P. 215–220. DOI: 10.1016/j.cortex.2016.03.021

### Информация об авторах

*А. Н. Султанова* – доктор медицинских наук, доцент кафедры клинической психологии, Новосибирский государственный медицинский университет.

*М. Г. Чухрова* – доктор медицинских наук, профессор кафедры общей психологии и истории психологии, Новосибирский государственный педагогический универси-

тет; профессор кафедры психологии, педагогики и правоведения, Новосибирский государственный университет экономики и управления.

*Т. А. Филь* – кандидат психологических наук, заведующий кафедрой психологии, педагогики и правоведения, Новосибирский государственный университет экономики и управления.

*А. А. Александрова* – старший преподаватель кафедры общей психологии и истории психологии, факультет психологии, Новосибирский государственный педагогический университет.

### **Information about the authors**

*A. N. Sultanova* – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Clinical Psychology, Novosibirsk State Medical University.

*M. G. Chukhrova* – Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of General Psychology and History of Psychology, Novosibirsk State Pedagogical University; Professor of the Department of Psychology, Pedagogy and Law, Novosibirsk State University of Economics and Management.

*T. A. Fil* – Candidate of Psychological Sciences, Head of the Department of Psychology, Pedagogy and Law, Novosibirsk State University of Economics and Management.

*A. A. Alexandrova* – Senior Lecturer of the Department of General Psychology and History of Psychology, Faculty of Psychology, Novosibirsk State Pedagogical University.

Статья поступила в редакцию 01.11.2022; одобрена после рецензирования 29.11.2022; принята к публикации 02.12.2022.

The article was submitted 01.11.2022; approved after reviewing 29.11.2022; accepted for publication 02.12.2022.

