

Функции соматических симптомов в межличностном общении: культурно-исторический подход в психосоматике¹

Е.И. Рассказова

кандидат психологических наук, доцент факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова,
младший научный сотрудник Научного центра психического здоровья РАМН, Москва, Россия
e.i.rasskazova@gmail.com

Ю.М. Мигунова

студент факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия
migunova.y@inbox.ru

С позиций культурно-исторического подхода в психосоматике телесный феномен рассматривается как формирующийся в социальной ситуации развития человека, в том числе социальной ситуации болезни. Целью данной работы является применение этого подхода к анализу функций соматических симптомов в межличностном общении. Предполагается, что соматические симптомы приобретают в процессе межличностного общения специфические функции, которые затем, интериоризируясь, могут участвовать не только в оформлении и предъявлении, но и возникновении телесных ощущений. Предлагается классификация социальных ситуаций в зависимости от их вида и содержания, типа предъявления симптома (манипуляция, соматизация, предъявление соматических симптомов, имеющих органические основания, реакция на предъявление симптомов другим человеком, реакция на недоверие окружающих). Выделяются такие функции предъявления симптомов в общении, как оправдание, обвинение, получение неопосредственной выгоды, получение или утверждение собственного социального статуса, получение эмоциональной и инструментальной социальной поддержки, выяснение социальных ожиданий.

Ключевые слова: Культурно-исторический подход в психосоматике, межличностное общение, предъявление соматических симптомов, социокультурные факторы, функции соматических симптомов.

Несомненной заслугой культурно-исторического подхода в психосоматике является рассмотрение закономерностей формирования телесного феномена в социальной ситуации развития человека, в контексте возможностей и ограничений, которые эта ситуация (в том числе социальная ситуация болезни) задает [8; 9; 14; 16]. Значительно меньше внимания уделяется проблеме предъявления и оформления жалоб в процессе межличностного общения. Тем не менее, если последовательно применять в психосоматике представления Л.С. Выготского [4; 5], следует предположить, что соматические симптомы приобретают в процессе межличностного общения специфические функции, которые затем, интериоризируясь, могут участвовать не только в оформлении и предъявлении, но, возможно, и возникновении телесных ощущений. Например, если предъявление соматических жалоб позволя-

ет человеку получить эмоциональную поддержку, избежать порицания или обвинить окружающих, со временем сами жалобы приобретают для человека социально заданный смысл и — намеренно или неосознанно — в соответствии с этим смыслом используются.

Целью данной работы является применение культурно-исторического подхода к проблеме возникновения соматических ощущений и предъявления соматических жалоб в общении. Предполагалось, что такого рода теоретический анализ позволит выявить возможные функции соматических симптомов в межличностном общении, определяющие как их произвольное (т. е. манипулятивное) предъявление, так и субъективное переживание (обычно описываемое в контексте соматизации).

Следует отметить, что междисциплинарный характер проблемы создает несколько ракурсов ее об-

Для цитаты:

Рассказова Е.И., Мигунова Ю.М. Функции соматических симптомов в межличностном общении: культурно-исторический подход в психосоматике // Культурно-историческая психология. 2014. № 1. С. 79–87.

For references

Rasskazova E.I., Migunova Yu.M. Functions of Somatic Symptoms in Interpersonal Communication: A Cultural-Historical Approach to Psychosomatics. Kul'turno-istoricheskaja psikhologija [Cultural-historical psychology], 2014. no. 1. P. 79–87.

¹ Работа выполнена при финансовой поддержке гранта РФФИ № 12-06-31165.

суждения, по-разному задающих предметное поле. В клинической психологии в фокусе внимания оказываются процессы и закономерности формирования телесных ощущений, в особенности не имеющих физиологических оснований (соматоформные расстройства или, в широком смысле, так называемые «необъясненные» симптомы [19]) и направленных на выражение внутреннего конфликта и/или получение некоторой выгоды («первичная» и «вторичная» выгода в классическом понимании, восходящем к З. Фрейду). В социальной психологии речь идет, в первую очередь, о роли и позиции участников коммуникации, особенностях самопрезентации, социальных представлениях о болезни [3]. Контекст межличностного общения означает, что предметное поле «расширяется», включая не только процессы означения и осмысления [15] физиологически обусловленных или сформированных по механизмам конверсии и соматизации симптомов, но и ситуации манипуляции, когда человек намеренно предъявляет другим несуществующие симптомы. Как следствие, возникает вопрос о дифференциации соматизированного и манипулятивного предъявления симптомов, а также о социокультурных и психологических факторах, определяющих структуру симптомов и особенности их предъявления. В соответствии с этой полифонией подходов в начале статьи проводится анализ функций предъявления соматических симптомов в общении с позиций социальной и клинической психологии. По результатам этого анализа формулируется гипотеза, что соматические симптомы могут иметь различные функции, определяющиеся социокультурными факторами, — и основные ее эмпирические следствия (наличие в популяции специфической структуры соматических жалоб; зависимость распространенности и особенностей предъявления симптомов от социокультурных факторов). Приводятся существующие эмпирические данные, подтверждающие эти предположения. Затем в соответствии с положениями культурно-исторического подхода проводится уточнение гипотезы о социокультурной детерминации функций соматических симптомов в межличностном общении: выявляются аспекты социальной ситуации предъявления симптомов, которые должны учитываться. Следует отметить, что в связи с различной эмпирической проработанностью различных аспектов проблемы (например, структура соматических жалоб в популяции остается недостаточно исследованной) обзорные разделы, направленные на предварительное подтверждение выдвинутых гипотез, различаются по объему, отражая содержание соответствующего эмпирического материала.

Социально-психологический подход к природе и функциям соматических симптомов

С точки зрения социальной психологии, предъявление симптомов может рассматриваться через осо-

бенности межличностного общения и восприятие партнера по коммуникации, а также через социальное значение болезни и представления о болезнях и их причинах в обыденном сознании.

В общении выделяют коммуникативную (передача информации), интерактивную (построение взаимодействия) и перцептивную (вопросы социального восприятия) стороны [1]. Предъявление соматического симптома, по-видимому, может играть роль на всех уровнях общения, решая те или иные задачи.

Передача информации посредством симптома, а именно коммуникативная функция симптома, в наибольшей степени характерна для конверсионных явлений, при которых симптом служит символическим выражением внутреннего конфликта. Симptom, таким образом, будет являться невербальным средством передачи информации.

Построение взаимодействия через предъявление симптома может происходить через предпочтение манипулятивного типа общения. Манипулятивное общение противопоставлено диалогическому [6] и мыслится по типу Я-Он, в котором один из партнеров воспринимается как объект манипуляции для другого [17]. В клинической психологии манипулятивное общение часто связывается с личностной патологией и нарушениями психического здоровья, в отечественной школе развивается представление о манипулятивном общении как защитном неосознаваемом способе взаимодействия, сформировавшемся в условиях дефицита материнской отзывчивости на ранних этапах онтогенеза и направленном, при пограничном расстройстве личности, на восстановление целостности «Я» за счет симбиотических отношений с Другим [13; 18].

Принятие роли «больного» в коммуникации влияет как на интерактивную сторону общения, так и на особенности социальной перцепции. В таком случае круг реакций, которые ожидаются от партнера по общению, будет сужен. Сама ситуация задается и оформляется «больным», что в значительной степени снижает ее неопределенность и позволяет «больному» эффективно взаимодействовать с окружающими. Такое использование симптомов косвенно подтверждается исследованиями, посвященными когнитивным функциям (в частности, особенностям внимания) у больных с необъясненными соматическими симптомами. Для таких пациентов характерен дефицит внимания [24; 39], нарушаются общая активация, процессы привыкания, когнитивная гибкость [19]. Данные характеристики внимания могут формироваться в детстве.

Межличностное восприятие характеризуется точностью и адекватностью [11]. Под точностью понимается соответствие образа объективной реальности (соответствие суждений о личностных качествах или эмоциональных состояниях другого человека реальному наличию этих качеств и состояний), адекватность трактуется как соответствие интересующей реальности (соответствие индивидуальной

системы оценки общей системе понятий и общих представлений других людей). Восприятие других людей при соматизированном расстройстве может отличаться именно снижением точности вследствие нарушений понимания стратегий действия других людей (Theory of Mind) и осознания чужих эмоций [37].

Дополнительным фактором, влияющим как на форму предъявляемых жалоб, так и на процессы означения телесных ощущений, являются социальные представления о здоровье и болезни. В обыденном сознании представления о болезни характеризуются трудностью рефлексии, противоречивостью, воспринимаются как истинные и основаны на эмоциональном отношении [2; 7]. Для описания своего телесного опыта в социуме используется метафорическая форма [10; 14], с помощью которой потенциально разные субъективные ощущения приводятся к общему описанию, выраженному в первичных жалобах. Потенциально различные первичные телесные ощущения при соматизации могут также в процессе означения и вербализации терять свою специфичность и приобретать новые культурно-заданные особенности. Представления о болезни определяют и структурируют как реальность болезни (со стороны предъявляющего симптом), так и отношение к больному (со стороны партнера по коммуникации). Характеристика жалобы включает и запускает у воспринимающего механизмы оценки и категоризации больного: жалобы и болезни в сознании связаны с особенностями жизни, работы, с социальной группой.

Таким образом, социальная психология, на наш взгляд, дает методологическую основу для детального анализа проблемы функций соматических симптомов в контексте межличностного общения, дальнейшего раскрытия которой может обеспечить клинико-психологический подход.

Клинико-психологические исследования функций соматических симптомов: вторичная выгода и поведение в болезни

Как само соматическое заболевание, так и поведение, связанное с болезнью, приводят к определенным психосоциальным последствиям [26]. Поскольку соматоформные расстройства *выглядят* как соматические заболевания, они дают больному все основные преимущества (равно как и недостатки) соответствующей болезни в социальной сфере. Термин «вторичная выгода» восходит к представлениям об истерии З. Фрейда, в настоящее время под ней понимается получение «удобных» для человека психосоциальных последствий заболевания (например, зависимость другого в межличностных отношениях, возможность избежать домашних и социальных дел). В медицинских и социологических работах эти представления получили развитие в рамках конструкторов «нарушение поведения при заболевании»

(abnormal illness behavior, [33]), «поведение в болезни» (illness behavior, [31]), «роль больного» (sick role, [32]), в большей мере подчеркивающих активность больного в выборе некоторого поведения и социальной роли. По некоторым данным [21], как переживание стресса, так и получение вторичной выгоды являются важными факторами хронификации психических заболеваний, хотя у пациентов с соматизацией второй фактор играет большую роль, чем первый.

На наш взгляд, несмотря на всю эвристичность, конструкты вторичной выгоды и поведения в болезни несколько сужают поле рассмотрения последствий, которые больной может извлекать из симптома. Получаемая выгода может быть дифференцирована с помощью определения функций, которые выполняет симптом (давая человеку некоторые преимущества), а также с помощью внешних факторов, определяющих ситуацию получения выгоды (особенностями отношений человека с другими людьми, общественной ситуацией и т. п.). В соответствии с положениями культурно-исторического подхода следует ожидать, что характер и распространенность склонности к получению вторичной выгоды будут зависеть от отношения к симптомам и болезням в обществе. Например, в одном из исследований сравнивались жалобы на боли в шейном отделе позвоночника в результате автоаварий в США и Литве [27]. В США такие жалобы «поощряются» компенсацией, назначаемой судом, что приводит к их повсеместному предъявлению. В Литве же, где компенсация отсутствует, не зафиксировано обращений с подобными жалобами. Иными словами, в данном случае склонность к получению выгоды провоцируется социокультурными условиями и «паразитирует» на этических установках помощи слабому и больному.

Еще одна проблема, по поводу которой не достигнуто согласия в исследованиях поведения в болезни и вторичной выгоды [26]: в чем особенности поведения в болезни в случае симуляции, соматизации и в случае органической природы симптомов, а также, в целом, на основе чего происходит выбор специфического симптома или знака (символическая связь с конфликтом, органическая слабость, связь с прошлым опытом или семейной историей). При этом можно разделить два типа осознания, связанного с соматическими симптомами: осознание лежащих в основе симптомов психологических проблем (мотивации, вызвавшей их формирование) и осознание «фальшивости» самих симптомов.

Предъявление соматических симптомов: структура и факторы

Гипотеза, что соматические симптомы (а в узком смысле — соматизация) могут иметь различные функции, определяющиеся социокультурными факторами, предполагает несколько следствий, косвенные подтверждения которым можно найти в эмпирических исследованиях.

Во-первых, соматические жалобы в популяции должны иметь *структуру*, определяющуюся как социальными и культурными факторами, так и индивидуальными особенностями и представлениями о болезни и отношении других людей к болезни. В частности, наиболее распространенные симптомы должны наилучшим образом соответствовать принятым в данной культуре представлениям, которые будут обеспечивать их функцию в общении, тогда как редкие симптомы могут отражать индивидуальные особенности телесного феномена, связанные с прошлым опытом и определяющие сферу уязвимости. Структура жалоб также должна соответствовать особенностям значения и мифа болезни: в частности, жалобы, имеющие близкий смысл в общении и выполняющие близкие функции, должны чаще быть коморбидными.

Во-вторых, соматические жалобы и их особенности должны зависеть от *социокультурных* (в том числе принятых в культуре представлений о здоровье и болезни), *семейных и межличностных* факторов.

Психологические исследования структуры соматических жалоб

Следует оговориться, что основная масса исследований, посвященных проверке предположения о структуре жалоб, проведена на модели соматоформных расстройств и использует клинические критерии диагностики, что затрудняет обобщение полученных результатов [25]. В частности, нередко говорят о недостаточной представленности в международных классификациях желудочно-кишечных, сердечно-сосудистых и респираторных симптомов.

В серии популяционных исследований в разных странах [19; 35; 41] было показано, что наиболее частыми симптомами (в том числе необъясненными) являются боли, симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистые. Можно предположить, что в силу распространенности эти симптомы связаны с меньшей стигматизацией и большей социальной поддержкой (в основе которой может лежать более эмпатическое отношение к симптомам, пережитым самим человеком).

С помощью факторного анализа, примененного в одном из исследований [41], было выявлено четыре независимых фактора соматических симптомов: мышечные боли, желудочно-кишечные, аллергии/простуды и псевдоневрологические жалобы (усталость, тревога, депрессия, головокружения, нарушения сна). С одной стороны, эти результаты свидетельствуют в пользу гипотезы о структуре соматических симптомов. С другой стороны, поскольку они единичны, вопросы об устойчивости этой структуры в разных странах и наличии специфических для каждой группы симптомов социальных функций остаются открытыми.

Социокультурные факторы предъявления соматических симптомов

С позиции культурно-исторического подхода, более приемлемые и поддерживаемые в обществе жа-

лобы должны получать более широкое распространение. В частности, распространение конверсионных симптомов может рассматриваться как следствие принятого в культуре санкционирования и запрета на выражение определенных эмоций [22]. Здесь возникает вопрос, какие именно жалобы более приемлемы в той или иной культуре. Наиболее изученный ракурс этой проблемы: сравнительный анализ доминирования соматических или психических жалоб в разных культурах (как правило, в европейских странах по сравнению с восточными), в том числе у пациентов с соматоформными расстройствами и пациентов психиатрических клиник [30]. С теоретической точки зрения, такая постановка проблемы объясняется тем, что соматические симптомы более приемлемы в обществе, нежели психические, и могут помогать человеку выражать свои переживания в контексте межличностного общения. Ожидается, что в восточных странах это отношение выражено в большей степени, что будет приводить к преобладанию соматических жалоб над психическими. В целом имеющиеся данные согласуются с этими предположениями [29; 34], хотя некоторые авторы предполагают, что речь идет о психологизации симптомов европейцами, а не о соматизации переживаний представителями восточных культур [42].

Вопрос, какие именно психологические симптомы предъявляются в форме соматических жалоб, остается малоизученным. Э. Райдер с коллегами [36] сравнили выборки китайских и европейских пациентов, имеющих жалобы на депрессию или тревогу, и оценили уровень соматизации этих симптомов у больных. В результате, как и ожидалось, у китайских участников была выявлена более сильная тенденция к соматизации при наличии депрессивных симптомов, по сравнению с европейцами, однако тревожные симптомы переводились в соматическую сферу чаще среди европейцев. Эти данные могут являться подтверждением, что для разных обществ одни и те же расстройства могут быть более или менее приемлемыми со стороны окружающих. Соответственно в разных культурах стигматизации подвергаются различные симптомы.

В целом данные исследований подтверждают особенности жалоб в зависимости от культуры, хотя в большинстве случаев они не поддержаны исследованиями о принятых в этих культурах представлениях о симптомах (например, являются ли соматические симптомы более социально одобряемыми, нежели психические). Интересные перспективы в этой области открываются при дополнении полученных результатов исследованиями *стигматизации* психически больных. Больные, выражающие свои психологические проблемы на соматическом уровне, в значительной степени избегают предвзятого отношения и дискриминации в отношении психически больных [12], что может влиять на их жалобы. В пользу этого предположения свидетельствуют данные, что пациенты с соматоформными расстройствами чаще пациентов с эпилепсией и больных дис-

социативным расстройством опасаются стигматизации в личных отношениях, они чаще (более чем в 78 % случаев) считают, что человеку с психическим заболеванием не доверят заботу о детях и не будут воспринимать его всерьез [23]. Иными словами, ожидание стигматизации у больных с соматоформными расстройствами может являться триггером, обуславливающим предъявление психических симптомов в форме соматических жалоб.

Семейные и межличностные факторы предъявления соматических симптомов

Семейные факторы предъявления соматических симптомов чаще рассматривают на модели соматоформных расстройств в контексте особенностей и нарушений эмоциональной регуляции [40]. Предполагается, что детский травматический опыт, нарушения привязанности в отношениях матери и ребенка, а также семейные паттерны отношения к соматическим симптомам и их предъявления могут приводить к трудностям эмоциональной регуляции (называния, обсуждения, регуляции своих эмоциональных состояний, понимания отрицательных и сложных эмоций у других людей), в том числе алекситимии [38]. Трудности в дальнейших межличностных отношениях актуализируют и «закрепляют» эти соматически-ориентированные паттерны реакций. Например, было обнаружено, что лишь около 25 % больных соматоформными заболеваниями характеризуются безопасной привязанностью, а степень отвержения во взаимоотношениях матери и ребенка предсказывает у этих пациентов дефицит осознания эмоций.

Следует отметить, что в большинстве случаев эмпирические исследования по данной проблеме носят корреляционный или ретроспективный характер, не давая возможности делать однозначные выводы о роли семейных и эмоциональных факторов в предъявлении соматических симптомов. Особый интерес в данном контексте представляет собой феномен трансмиссии поведения соматизации «через поколение» [20]: согласно этой концепции, в ходе межличностного общения матери и ребенка усваиваются особенности отношения к соматическим симптомам, их выражения, что может приводить к склонности к формированию соматических симптомов у ребенка. Так, наблюдение за игрой матерей с хронической соматизацией, с хроническими органическими заболеваниями и игрой здоровых матерей со своими детьми 4–8 лет показало, что матери с соматизацией в целом менее эмоциональны во время игр, по сравнению с матерями с органическими заболеваниями и здоровыми матерями, но более чувствительны к предложениям своего ребенка в игре во врача, по сравнению с другими играми, тогда как их дети чаще игнорируют предложения матерей в игре во врача.

В пользу влияния межличностных факторов свидетельствуют и данные, что оценка интенсивности боли зависит от контекста, в котором больной предъявляет жалобы: так, в присутствии близких жалобы усиливаются [28].

Таким образом, гипотеза о роли семейных и межличностных факторов в оформлении и предъявлении соматических симптомов требует дальнейших эмпирических исследований, в особенности экспериментальных.

Функции и осознанность предъявления соматических симптомов в межличностном общении: постановка проблемы

Таким образом, с позиций как социально-психологического, так и клинично-психологического подходов имеются основания предполагать, что соматическая жалоба детерминирована социокультурными факторами, в том числе контекстом межличностного общения. Более того, социокультурные факторы могут определять не только осознанное предъявление соматических симптомов (например, при манипуляции), но и их формирование и субъективное переживание. Как показывает приведенный выше обзор эмпирических исследований, накоплены некоторые данные в пользу наличия четкой структуры соматических жалоб в популяции, зависимости жалоб от культуры и страны проживания, роли семейных факторов в развитии соматических симптомов. Однако в большинстве случаев эти исследования разрознены и обеспечивают лишь косвенное подтверждение, но не уточнение модели. В целом проблема предъявления соматических симптомов в межличностном контексте остается недостаточно исследованной, и интеграция данных социальной и клинической психологии, по-видимому, может быть наиболее продуктивным способом создания теоретической основы решения проблемы.

С нашей точки зрения, ключевой вектор дальнейшего развития культурно-исторического подхода к формированию и предъявлению соматических симптомов в межличностном общении состоит в выявлении основных социально-психологических аспектов протекания этих процессов, т. е. в анализе социальной ситуации формирования соматической жалобы. Ниже предложены составляющие, учет которых кажется нам необходимым при применении культурно-исторического подхода в психосоматике.

Безусловно, симптом существует в сфере телесности в виде соматических ощущений, но его выражение и познание со стороны общества происходит в контексте общения. В этом случае он принимает форму жалобы, с которой пациент обращается к врачу или которая используется им в коммуникации с определенными целями. Функции соматизации, таким образом (или в широком смысле — функции предъявления соматических симптомов), — это функции в общении. Если в теле симптом выполняет функцию сигнализации о проблеме, то в общении жалоба не связана напрямую с сигнализацией о психических или соматических «неполадках» и может выполнять различные задачи. На наш взгляд, анализ проблемы предъявления соматических симптомов должен включать в себя следующие аспекты.

1. *Содержание социальной ситуации.* Как содержательные особенности жалобы, так и способ ее предъявления зависят от того, кому и в присутствии кого человек жалуется. В широком смысле речь идет о сфере межличностных отношений: в рабочей, семейной, медицинской ситуации, в дружеском общении и т. п. Социальная ситуация определяет, какие именно симптомы и какие способы их предъявления санкционированы и могут привести к соответствующим функциям. Как следствие, выявление принятых в культуре представлений о симптомах и болезнях должно быть дополнено выявлением представлений и нормативных ожиданий, характерных для специфических социальных ситуаций.

2. *Тип предъявления соматических симптомов.* Как уже упоминалось, переход к контексту межличностного общения расширяет предметную область обсуждения, требуя сопоставлять разные типы предъявления соматических симптомов. Во-первых, важно разделять социально-психологические механизмы предъявления симптомов с манипулятивными целями и предъявления субъективно переживаемых симптомов, имеющих или не имеющих (как при соматизации) органические основания. Во-вторых, не менее важно учитывать систему ожиданий человека в отношении предъявления симптомов в данной социальной ситуации и особенности реакции на предъявление симптомов другими людьми. Так, человек ожидает некоторые социальные последствия жалоб, причем ожидания в отношении себя и других могут различаться (например: «В целом жаловаться плохо, но моя ситуация настолько тяжела, что люди должны безусловно поддерживать и помогать мне»). Кроме того, существует устойчивый паттерн реакции данного человека на жалобы других людей, и поведенческая реакция может расходиться с эмоциональной и когнитивной оценкой (например, человек может принять и поддержать на словах, но не поверить в искренность симптомов и рассердиться). Наконец, особый интерес представляет переживание ситуаций, когда жалобы человека вызвали недоверие со стороны других людей (например: «Вы все время плохо себя чувствуете, когда нужно работать»)². Важно отметить, что на настоящий момент систематического сопоставления этих феноменов не проводилось, и это является задачей дальнейших исследований.

3. *Функции соматических симптомов в межличностном общении.* Мы выделяем, по меньшей мере, семь возможных функций, которые, однако, в ситуации реального общения могут сосуществовать и не всегда четко дифференцироваться. Сюда относятся оправдание, обвинение, получение непосредственной выгоды, получение или утверждение собственного социального статуса, получение эмоциональной и инструментальной социальной поддержки, выяснение социальных ожиданий. Оправдание с помощью соматического симптома предполагает объяснение своих неудач, недостатков, неприятных событий или ответственности за несделанную работу или невыполненные обязатель-

ства с помощью указания на физическое недомогание. Такое оправдание зачастую нельзя проверить, поэтому в общении эта функция может быть очень важна для людей в дискомфортных ситуациях. Обвинение с помощью симптома может происходить в ситуациях споров, ссор или же неприятных событий (начиная от бытовых просьб и заканчивая обвинениями). Целью симптома в общении в таком случае будут переживания собеседника, а именно, осознанная или неосознанная манипуляция чувством вины. Мы предполагаем, что обвинение при помощи симптома более характерно для ситуаций близкого общения, семейных ситуаций. Получение непосредственной выгоды в общении выражается в просьбах-жалобах, например, доделать работу, заменить на встрече. В этом случае симптом является аргументом, показывающим собеседнику, почему он должен выполнить желание человека. Функция получения или утверждения социального статуса относится к случаям, когда роль больного позволяет человеку выиграть социальную конкуренцию. В отличие от предыдущего случая, блага, которые человек приобретает, не непосредственные и выражаются в признании окружающими особого статуса, дающего право на особое отношение (например, «самый несчастный»). В других случаях предъявление симптома может служить функции получить поддержку от окружающих — эмоциональную (сочувствие) или инструментальную (совет, физическая помощь). Запросы на инструментальную поддержку и непосредственную выгоду в ситуации реального общения обычно слиты: их содержательное различие заключается в том, что запрос на инструментальную поддержку выражается в форме прямого послания и подразумевает участие, помощь («Помоги мне»), тогда как получение непосредственной выгоды выражается косвенно и требует замены человека («Сделай вместо меня»). К эмоциональной поддержке относятся, по всей видимости, и случаи, когда предъявление симптомов является поводом для общения, приглашением к общению (по аналогии с разговором о погоде), что особенно характерно для одиноких пожилых людей. В этом случае за жалобами стоит мотив аффилиации. Наконец, жалоба может носить характер поведенческого эксперимента и быть направлена на прояснение контекста социального взаимодействия или выяснение отношения к проблеме: как реагируют окружающие на предъявление соматических симптомов, насколько проблема кажется им тяжелой и требующей немедленных действий. Содержательно этот вариант подразделяется на два. В одном случае проясняется именно социальный контекст (например, как относятся ко мне люди, насколько верны мои ожидания), в другом — тяжесть жалоб и необходимость собственных действий, и реакция окружающих используется как «индикатор», мотивирующий и направляющий собственное поведение. Более того, жалоба может предъявляться исключительно с целью самомотивирования: если человек знает, что реакция окружающих может помочь ему изменить свое поведение.

² Авторы благодарны проф. А.Ш. Тхостову за предложение рассмотреть этот тип социальных ситуаций.

Литература

1. Андреева Г.М. Социальная психология. Учебник для высших учебных заведений / Г.М. Андреева. М.: Аспект-Пресс, 2007. 149 с.
2. Березина Е.Б. Содержание и структура обыденных представлений о болезнях в молодежной среде: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук / Е.Б. Березина. М.: МГУ, 2011. 31 с.
3. Бовина И.Б. Социальная психология здоровья и болезни / И.Б. Бовина. 2-е испр. изд. М.: Аспект пресс, 2008. 263 с.
4. Выготский Л.С. Психология / Л.С. Выготский. М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. 1008 с.
5. Выготский Л.С. Основы дефектологии / Л.С. Выготский. СПб.: Лань, 2003. 654 с.
6. Ковалев Г.А. Общение и его воспитательное значение // Мир психологии. 1996. № 3. С. 17–30.
7. Нелюбина А.С. Роль обыденных представлений в формировании внутренней картины болезни: Дисс. ... канд. психол. наук / А.С. Нелюбина. М.: МГУ, 2009. 243 с.
8. Николаева В.В. Личность в условиях хронического соматического заболевания // Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях / Соколова Е.Т., Николаева В.В. М.: SvR-Аргус, 1995. С. 207–245.
9. Николаева В.В., Арина Г.А. От традиционной психосоматики психологии телесности // Вестник МГУ. Сер. 14. Психология. 1996. № 2. С. 8–18.
10. Рупчев Г.Е. Психологическая структура внутреннего тела при соматизации: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук / Г.Е. Рупчев, М.: МГУ, 2001. 24 с.
11. Самекин А.С. Возрастная динамика точности и адекватности межличностного восприятия: Дисс. ... канд. психол. наук / А.С. Самекин. М., 2011. 120 с.
12. Серебрянская Л.Я. Психологические факторы стигматизации психически больных: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук / Л.Я. Серебрянская. М., 2005. 22 с.
13. Соколова Е.Т. К проблеме психотерапии пограничных личностных расстройств // Вопросы психологии. 1995. № 2. С. 92–105.
14. Тхостов А.Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов. М.: Смысл, 2002. 287 с.
15. Тхостов А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психических и соматических заболеваниях: Сб. науч. тр. / Под общ. ред. М.М. Кабанова. Ленинград: Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт, 1990. С. 32–38.
16. Тхостов А.Ш., Рассказова Е.И. Социокультурные факторы нарушений телесной регуляции (на модели хронической инсомнии) [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. журн. 2011. Т. 6. № 20. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения 02.01.2014).
17. Филимонова А.С. Стили межличностной коммуникации при расстройствах аффективного спектра [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2010. Т. 6. № 14. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения 02.01.2014).
18. Чечельницкая Е.П. Стратегии манипулятивного общения у пациентов с искажением Образа Я при пограничной личностной организации: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук / Е.П. Чечельницкая. М.: МГУ, 1999. 24 с.
19. Brown R.J. Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative conceptual model // Psychological Bulletin. 2004. Vol. 130. № 5. P. 793–812.
20. Craig T.K.J., Bialas I., Hodson S., Cox A.D. Intergenerational transmission of somatization behavior: 2. Observations of joint attention and bids for attention // Psychological Medicine. 2004. № 34. P. 199–209.
21. Craig T.K., Boardman A.P., Mills K., Daly-Jones O., Drake H. The South London Somatisation Study. II. Influence of stressful life events, and secondary gain // The British Journal of Psychiatry. 1993. № 163. P. 579–588.
22. Feinstein A. Conversion disorder: advances in our understanding // Canadian Medical Association Journal. 2011. Vol. 183. № 8. P. 915–920.
23. Freindl M., Spitzl S.P., Prause W., Zimprich F., Lehner-Baumgartner E., Baumgartner C., Aigner M. The stigma of mental illness: anticipation and attitudes among patients with epileptic, dissociative or somatoform pain disorder // International Review of Psychiatry. 2007. Vol. 19. № 2. P. 123–129.
24. Hall N.M., Kuzminskye R., Pedersen A.D., Ornboel E., Fink P. The relationship between cognitive functions, somatization and behavioural coping in patients with multiple functional somatic symptoms // Nordic Journal of Psychiatry. 2011. Vol. 65. № 3. P. 216–224.
25. Hiller W., Janca A. Assessment of somatoform disorders: a review of strategies and instruments // Acta Neuropsychiatrica. 2003. № 15. P. 167–179.
26. Hurwitz T.A. Somatization and conversion disorder // Canadian Journal of Psychiatry. 2004. Vol. 49. № 3. P. 172–178.
27. Jemmer P. Secondary Gain: To gain say or say again // European Journal of Clinical Hypnosis. 2005. Vol. 6. № 3. P. 33–37.
28. Kaplan R., Sallis J., Patterson T. Health and human behaviour. New-York, 1993.
29. Kono-Wells M. Somatization and culture: A compendium of theory, research, and treatment // Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 2007. Vol. 67. № 10-B. P. 6062.
30. Mai F. Somatization disorder: a practical review // Canadian Journal of Psychiatry. 2004. Vol. 49. № 10. P. 652–662.
31. Mechanic D. The concept of illness behaviour. // Journal of Chronic Diseases. 1962. № 15. 189–194.
32. Parsons T. The social system / T. Parsons. London: Routledge & Paul, 1951. 575 p.
33. Pilowsky I. Abnormal illness behaviour // British Journal of Medical Psychology. 1969. Vol. 42. № 4. P. 347–351.
34. Rao D., Young M., Raguram R. Culture, somatization, and psychological distress: Symptom presentation in South Indians patients from a public psychiatric Hospital. // Psychopathology. 2007. Vol. 40. № 5. P. 349–355.
35. Rief W., Hessel A., Braehler E. Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population // Psychosomatic Medicine. 2001. № 63. P. 595–602.
36. Ryder A.G., Jian Y., Xiongzhao Z., Shuqiao Y., Jinyao Y., Heine S.J., Bagby R.M. The cultural shaping of depression: somatic symptoms in China, psychological symptoms in North America? // Journal of Abnormal Psychology. 2008. Vol. 117. № 2. P. 300–313.
37. Subic-Wrana C., Beutel M.E., Knebel A., Lane R.D. Theory of mind and emotional awareness deficits in patients with somatoform disorders // Psychosomatic Medicine. 2010. Vol. 72. № 4. P. 404–411.
38. Taylor G.J., Bagby R.M. New trends in alexithymia research // Psychotherapy and Psychosomatics. 2004. Vol. 73. P. 68–77.
39. Trivedi J.K., Sharma S., Singh A.P., Sinha P.K., Tandon R. Neurocognition in somatisation disorder // Hong Kong Journal of Psychiatry. 2005. Vol. 15. № 3. P. 97–100.
40. Waller E., Scheidt C.E. Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a developmental perspective // International Review of Psychiatry. 2006. Vol. 18. № 1. P. 13–24.

41. Ursin H. Sensitization, somatization and subjective health complaints // International Journ. of Behavioral Medicine. 1997. Vol. 4. № 2. P. 105–116.

42. Zhou X., Dere J., Zhu X., Yao S., Chentsova-Dutton YE., Ryder AG. Anxiety symptom presentations in Han Chinese and Euro-Canadian outpatients: Is distress always somatized in China? // Journ. of Affective Disorders. 2011. Vol. 135. № 1–3. P. 111–114.

Functions of Somatic Symptoms in Interpersonal Communication: A Cultural-Historical Approach to Psychosomatics¹

E.I. Rasskazova

PhD in Psychology, associate professor at the Faculty of Psychology at the Lomonosov Moscow State University, junior research fellow at the Mental Health Research Center, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow, Russia
e.i.rasskazova@gmail.com

Yu.M. Migunova

student at the Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow Russia
migunova.y@inbox.ru

In the context of the cultural-historical approach to psychosomatics, a somatic phenomenon is regarded as the one that is developed within an individual's social situation of development, in particular, the social situation of an illness. The aim of this work is to apply the above-mentioned approach to the analysis of the functions of somatic symptoms in interpersonal communication. It is assumed that in the process of interpersonal communication somatic symptoms acquire certain specific functions that, if interiorized, may contribute not only to the presentation and display of bodily sensations, but to their emergence as well. The paper provides a classification of the social situations depending on their type and content, and the type of the displayed symptom (manipulation, somatization, displaying somatic symptoms of organic origin, reaction to another person's displayed symptoms, reaction to other people's distrust). Also, the paper suggests that displaying symptoms in interpersonal communications may bear the functions of justification, accusation, benefitting, gaining or asserting social status, receiving emotional or instrumental social support, and inquiring into social expectations.

Keywords: cultural-historical approach to psychosomatics, interpersonal communication, display of somatic symptoms, sociocultural factors, functions of somatic symptoms.

References

1. Andreeva G.M. Sotsial'naya psikhologiya. Uchebnik dlia vysshikh uchebnykh zavedenii [Social Psychology: Textbook] / G.M. Andreeva. Moscow: Aspekt-Press, 2007. 149 p.
2. Berezina E.B. Soderzhanie i struktura obydenykh predstavlenii o bolezniakh v molodezhnoi srede: Avtoref. dis. ... kand. psikh. nauk [Content and Structure Of Ordinary Beliefs About Illnesses In Youth: Dissertation thesis] / E.B. Berezina. Moscow: MGU, 2011. 31 p.
3. Bovina I.B. Sotsial'naya psikhologiya zdorov'ia i bolezni [Social Psychology of Health and Illness] / I.B. Bovina. 2-e isp.izd. Moscow: Aspekt press, 2008. 263 p.
4. Vygotskii L.S. Psikhologiya [Psychology] / L.S. Vygotskii. Moscow: EKSMO-Press, 2000. 1008 p.
5. Vygotskii L.S. Osnovy defektologii [Defectology] / L.S. Vygotskii. Sankt-Peterburg: Lan', 2003. 654 p.
6. Kovalev G.A. Obshchenie i ego vospitatel'noe znachenie [Communication and Its Educational Meaning]. Mir psikhologii [World of Psychology]. 1996. № 3. P. 17–30.
7. Neliubina A.S. Rol' obydenykh predstavlenii v formirovani vnutrennei kartiny bolezni: dis. ... kand. psikh. nauk [The

Role of Ordinary Beliefs in Forming of Illness Representation: Dissertation] / A.S. Neliubina. Moscow: MGU, 2009. 243 p.

8. Nikolaeva V.V. Lichnost' v usloviakh khronicheskogo somaticheskogo zabolvaniia [Personality Under Condition of Chronic Somatic Illness]. Osobennosti lichnosti pri pogranichnykh rasstroistvakh i somaticheskikh zabolvaniakh [Personality In Borderline Disorders and Somatic Illnesses] / Sokolova E.T., Nikolaeva V.V. Moscow: SvR-Argus, 1995. P. 207–245.

9. Nikolaeva V.V., Arina G.A. Ot traditsionnoi psikhosomatiki psikhologii telesnosti [From Traditional Psychosomatics to the Body Refulation Psychology]. Vestnik MGU. Ser. 14. Psikhologiya [Journal of the Moscow State University. Series 14. Psychology]. 1996. № 2. P. 8–18.

10. Rupchev G.E. Psikhologicheskaya struktura vnutrennego tela pri somatizatsii: Avtoref. diss. ... kand. psikh. nauk [Psychological Structure of Internal Body In Somatization: Dissertation Thesis] / G.E. Rupchev, Moscow: MGU, 2001. 24 p.

11. Samekin A.S. Vozrastnaya dinamika tochnosti i adekvatnosti mezhlichnostnogo vospriiatiia: Diss. ... kand. psikh. nauk [Developmental Dynamics of the Accuracy and Ade-

¹ The research was conducted with the assistance of the Russian Foundation for Basic Research (grant № 12-06-31165).

quateness of Interpersonal Perception: Dissertation] / A.S. Samekin. Moscow, 2011. 120 p.

12. *Serebriiskaia L.Ia.* Psikhologicheskie faktory stigmatizatsii psikhicheski bol'nykh: Avtoref. dis. ... kand. psikh. nauk [Psychological Factors of Somatization of the Mentally Ill: Dissertation Thesis] / L.Ia. Serebriiskaia. Moscow, 2005. 22 p.

13. *Sokolova E.T.* K probleme psikhoterapii pogranichnykh lichnostnykh rasstroistv [To the Problem of Psychotherapy of Borderline Personality Disorders]. *Voprosy psikhologii* [Matters of Psychology]. 1995. № 2. P. 92–105.

14. *Tkhostov A.Sh.* Psikhologiya telesnosti [Body Regulation Psychology] / A.Sh. Tkhostov. Moscow: Smysl, 2002. 287 p.

15. *Tkhostov A.Sh., Arina G.A.* Teoreticheskie problemy issledovaniia vnutrennei kartiny bolezni [Theoretical Problems of Studies of Illness Representation]. *Psikhologicheskaia diagnostika otnosheniia k bolezni pri nervno-psi-khicheskikh i somaticheskikh zabolevaniakh: Sb. nauch. tr.* [Psychological Diagnostics of Relationship to Illness in mental and somatic illnesses] / Pod obshch. red. M.M. Kabanova. Leningrad: Leningradskii nauchno-issledovatel'skii psiko-nevrologicheskii institut, 1990. P. 32–38.

16. *Tkhostov A.Sh., Rasskazova E.I.* Sotsiokul'turnye faktory narusheniia telesnoi regulatsii (na modeli khronicheskoi insomnii) [Sociocultural Factors of Disorders of Body Regulation (On the Model of Chronic Insomnia)]. *Psikhologicheskie issledovaniia PSYSTUDY.ru* [Psychological Studies PSYSTUDY.ru]. 2011. T.6. № 20. Available at: <http://www.psystudy.ru/index.php/eng/2011n6-20e/582-tkhostov-rasskazova20e.html> (Accessed 02.01.2014).

17. *Filimonova A.S.* Stili mezhlchnostnoi kommunikatsii pri rasstroistvakh affektivnogo spektra [Interpersonal Communicative Styles in Affective Disorders]. *Psikhologicheskie issledovaniia PSYSTUDY.ru* [Psychological Studies PSYSTUDY.ru]. 2010. T. 6. № 14. Available at: <http://www.psystudy.ru/index.php/eng/2010n6-14e/419-filimonova14e.html> (Accessed 02.01.2014).

18. *Chechel'nitskaia E.P.* Strategii manipuliativnogo obshcheniia u patsientov s iskazheniem Obraza Ia pri pograničnoi lichnostnoi organizatsii: Avtoref. diss. ... kand. psikh. nauk [Strategies of Manipulative Communication in Patients with Self-Image Disorders in Borderline Personality Organization: Dissertation Thesis] / E.P. Chechel'nitskaia. Moscow: MGU, 1999. 24 p.

19. *Brown R.J.* Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative conceptual model. *Psychological Bulletin*. 2004. Vol. 130. № 5. P. 793–812.

20. *Craig T.K.J., Bialas I., Hodson S., Cox A.D.* Intergenerational transmission of somatization behavior: 2. Observations of joint attention and bids for attention. *Psychological Medicine*. 2004. №34. P. 199–209.

21. *Craig T. K., Boardman A. P., Mills K., Daly-Jones O., Drake H.* The South London Somatisation Study. II. Influence of stressful life events, and secondary gain. *The British Journal of Psychiatry*. 1993. № 163. P. 579–588.

22. *Feinstein A.* Conversion disorder: advances in our understanding. *Canadian Medical Association Journal*. 2011. Vol. 183. № 8. P. 915–920.

23. *Freindl M., Spitzl S.P., Prause W., Zimprich F., Lehner-Baumgartner E., Baumgartner C., Aigner M.* The stigma of mental illness: anticipation and attitudes among patients with epileptic,

dissociative or somatoform pain disorder. *International Review of Psychiatry*. 2007. Vol. 19. № 2. P. 123–129.

24. *Hall N.M., Kuzminskiyte R., Pedersen A.D., Ornboel E., Fink P.* The relationship between cognitive functions, somatization and behavioural coping in patients with multiple functional somatic symptoms. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2011. Vol. 65. № 3. P. 216–224.

25. *Hiller W., Janca A.* Assessment of somatoform disorders: a review of strategies and instruments. *Acta Neuropsychiatrica*. 2003. № 15. P. 167–179.

26. *Hurwitz T.A.* Somatization and conversion disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2004. Vol. 49. № 3. P. 172–178.

27. *Jemmer P.* Secondary Gain: To gain say or say again. *European Journal of Clinical Hypnosis*. 2005. Vol. 6. № 3. P. 33–37.

28. *Kaplan R., Sallis J., Patterson T.* Health and human behaviour. New-York, 1993.

29. *Kono-Wells M.* Somatization and culture: A compendium of theory, research, and treatment. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. 2007. Vol. 67. № 10-B. P. 6062.

30. *Mai F.* Somatization disorder: a practical review. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2004. Vol. 49. № 10. P. 652–662.

31. *Mechanic D.* The concept of illness behaviour. *Journal of Chronic Diseases*. 1962. № 15. 189–194.

32. *Parsons T.* The social system / T. Parsons. London: Routledge & Paul, 1951. 575 p.

33. *Pilowsky I.* Abnormal illness behaviour. *British Journal of Medical Psychology*. 1969. Vol. 42. № 4. P. 347–351.

34. *Rao D., Young M., Raguram R.* Culture, somatization, and psychological distress: Symptom presentation in South Indians patients from a public psychiatric Hospital. *Psychopathology*. 2007. Vol. 40. № 5. P. 349–355.

35. *Rief W., Hessel A., Braehler E.* Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosomatic Medicine*. 2001. № 63. P. 595–602.

36. *Ryder A.G., Jian Y., Xiongzhao Z., Shuqiao Y., Jinyao Y., Heine S.J., Bagby R.M.* The cultural shaping of depression: somatic symptoms in China, psychological symptoms in North America? *Journal of Abnormal Psychology*. 2008. Vol. 117. № 2. P. 300–313.

37. *Subic-Wrana C., Beutel M.E., Knebel A., Lane R.D.* Theory of mind and emotional awareness deficits in patients with somatoform disorders. *Psychosomatic Medicine*. 2010. Vol. 72. № 4. P. 404–411.

38. *Taylor G.J., Bagby R.M.* New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2004. Vol. 73. P. 68–77.

39. *Trivedi J.K., Sharma S., Singh A.P., Sinha P.K., Tandon R.* Neurocognition in somatisation disorder. *Hong Kong Journal of Psychiatry*. 2005. Vol. 15. № 3. P. 97–100.

40. *Waller E., Scheidt C.E.* Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a developmental perspective. *International Review of Psychiatry*. 2006. Vol. 18. № 1. P. 13–24.

41. *Ursin H.* Sensitization, somatization and subjective health complaints. *International Journal of Behavioral Medicine*. 1997. Vol. 4. № 2. P. 105–116.

42. *Zhou X., Dere J., Zhu X., Yao S., Chentsova-Dutton Y.E., Ryder A.G.* Anxiety symptom presentations in Han Chinese and Euro-Canadian outpatients: Is distress always somatized in China? *Journal of Affective Disorders*. 2011. Vol. 135. № 1–3. P. 111–114.

Для цитаты:

Рассказова Е.И., Мигунова Ю.М. Функции соматических симптомов в межличностном общении: культурно-исторический подход в психосоматике // Культурно-историческая психология. 2014. № 1. С. 79–87.

For references

Rasskazova E.I., Migunova Yu.M. Functions of Somatic Symptoms in Interpersonal Communication: A Cultural-Historical Approach to Psychosomatics. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya* [Cultural-historical psychology], 2014. no. 1. P. 79–87.