

СЕКЦІЯ 6
МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.9:61

ГРАНИЦІ ТІЛЕСНОСТІ ЯК ПАРАМЕТРИ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ

Шебанова В.І., к.психол.н., доцент,
докторант факультету психології кафедри психодіагностики та клінічної психології
Київський національний університет імені Тараса Шевченка
Шебанова С.Г., к.психол.н., доцент кафедри практичної психології
Херсонський державний університет

Статтю присвячено актуальній проблемі медичної психології – аналізу феноменологічної специфіки внутрішньої тілесності.

У статті узагальнено різні погляди на поняття «схема тіла» та «образ тіла». Проведений узагальнюючий аналіз досліджень границь тілесності: зовнішньої та внутрішньої. Виокремлені особливості внутрішньої тілесності.

Ключові слова: психологія тілесності, схема тіла, образ тіла, границі тілесності, внутрішня тілесність.

Статья посвящена актуальной проблеме медицинской психологии – анализу феноменологической специфики внутренней телесности.

В статье обобщены разные взгляды на понятия «схема тела» и «образ тела». Проведен обобщающий анализ исследований границ телесности: внешней и внутренней. Выделены особенности внутренней телесности.

Ключевые слова: психология телесности, схема тела, образ тела, границы телесности, внутренняя телесность.

Shebanova V.I., Shebanova S.H. THE BOUNDARY OF PHYSICALITY AS PARAMETERS OF PSYCHOSOMATIC FUNCTIONING

The article is devoted to the burning issue of medical psychology – analysis of phenomenological specificity of internal physicality.

Different views on the concept of "body chart" and "body image" are summarized in the article. A generalizing analysis of researches on internal and external boundaries of physicality was conducted. The features of internal physicality are marked out.

Key words: psychology of physicality, body chart, body image, boundaries of physicality, internal physicality.

Постановка проблеми.

Вступ. Проблема нормального й патологічного психосоматичного функціонування давно перебуває у сфері наукових інтересів психології та медицини, однак «тіло» як об'єкт дослідження тривалий час залишалося фактично за межею психологічної науки, якщо й потрапляючи у фокус дослідницького інтересу, то в якості або повністю натурального, чисто фізичного субстрату або у вигляді виключно абстрактного утворення. Необхідність вивчення «тіла» як інтегрального феномену обумовлена, насамперед, диференціацією наукової психології, розумінням того, що психологія не може обмежуватися вивченням лише тільки «психологічних феноменів», і що тіло людини не менш «психологічно», ніж пам'ять, увага або емоції.

Наш дослідницький інтерес до проблеми «тілесності» («тіла») обумовлений збільшенням числа людей із зайвою вагою та розладами харчової поведінки (гіперфагією, анорексією, булімією, ожирінням), що по визначенню ВООЗ досягло розмірів епідемії [4]. На наш погляд, вивчення харчових розладів необхідно розглядати з погляду порушення психосоматичного функціонування тіла. Це обумовлює дослідження не тільки тіла-організму, скільки тілесності як інтегрального психофізичного феномена, що дозволить виявити особливості структури тілесності, характеристики тілесного досвіду при порушенні психосоматичного розвитку (в осіб з розладами харчової поведінки).

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Інтерес до тіла як об'єкта експериментального дослідження прийшов у психологічну науку з фізіології й неврології. Але цей інтерес обмежувався спочатку одним з аспектів тілесності: здатністю тіла до рухів та дій. Відповідними концептуальними схемами стали поняття рефлексу й схеми тіла (Г. Хед, О.П. Лурія, М.О.

Бернштейн, Р. Federn, J. Lhermitte). Уявлення про схему тіла стало базою для формування усе більш складних та диференційованих моделей образу тіла.

Р. Шилдер, що використовував поняття «схема тіла», розширив його, включивши суб'єктивне переживання тіла, психічний просторовий образ, що складається в міжособистісній взаємодії. У 1935 році у своїй роботі «Образ і зовнішній вигляд людського тіла» він вводить поняття «образ тіла», що значно вплинуло на розвиток психології тілесності. У своїх психоаналітичних роботах Р. Шилдер постулював, що образ тіла є центральним компонентом особистості й має соціальну природу. Його будова побудова починається з асиміляції образів чужих тіл, зі спостереження за ними, він завжди знаходиться у динаміці, має певну незавершеність, завжди «відкритий» (за Г.Є. Рупчевим) [6]. Іншими словами, «образ тіла» на відміну від схеми тіла (структури досить стабільної) диференціюється в більш пізньому періоді онтогенезу й змінюється протягом життя. Подібний підхід прослідковується в роботах Д. Чанліпа, який характеризував образ тіла теж у системі співвідношення з іншими, але у іншому аспекті: «як уявлення індивіда про те, як його тіло сприймається іншими» (за О.Т. Соколовою та О.М. Дорожєвцевим) [7].

Перехід до уявлень про тіло як про деяку інтегративну структуру здійснився в концепції F. Shontz, який запропонував рівневу будову «образа тіла» [13]. У цій концепції «схема тіла» стала розглядатися як нижній рівень у структурі «образа тіла», який є інтеграцією сприйняття, установок, оцінок, символів, пов'язаних з тілом і його функціями. Автор виділяє рівні будови образу тіла (схема тіла, рівень тілесного Я, рівень тілесних фантазій, і рівень концепції тіла), які є одночасно рівнями уявлення й пізнання індивідом свого тіла. Ба-



гаторівнева модель «образу тіла» значно розширює саме поняття й вводить у коло розгляду нові, більш складні феномени, пов'язані з тілесністю, самосвідомістю, саморегуляцією, особистістю.

На пострадянському просторі наукова праця вела-ся в основному у напрямку вивчення «образу фізичного Я» як частини образу Я, аспекту самосвідомості, що включає афективні й когнітивні компоненти (Б.В. Зейгарнік, В.В. Столін, О.Т. Соколова). В роботах О.Т. Соколової ступінь зрілості «образу фізичного Я» формує континуум, де рівень його диференціації й стабільності пов'язаний із присутністю психопатологічної симптоматики. У цих дослідженнях, виконаних на моделях хворих ожирінням, нервовою анорексією, пограничними психічними розладами, була встановлена кореляція між рівнем диференціації образу фізичного Я та загальною диференційованістю психологічних структур, а також виявлені такі якісні характеристики «образу фізичного Я», як стабільність-крихкість, ступінь зрілості, стійкість-нестійкість до емоційних конфліктів, чіткість-розмитість границь.

Представляється необхідним окремо зупинитися на традиції дослідження границь образу тіла, що стала самостійним напрямком його вивчення. Оглядовий аналіз наукової літератури, який присвячений вивченню тілесних феноменів, показав, що в науках природного циклу (медицині, біології та ін.) тіло звичайне об'єктивується на рівні «організму» і «інтероцептивного сприйняття», які відповідно описуються в категоріях нейрофізіології або анатомії сенсорних систем. У психології – традиційний погляд представлений такими поняттями як «образ тіла», «образ фізичного Я», які розглядають особливості зовнішньої тілесності. Такий підхід представляється явно недостатнім, оскільки не враховує саму специфіку психосоматичного розвитку й симптоматизації.

Останнім часом у психології тілесності, з'явилися нові дослідження – вивчення границь тілесності, як новий напрямок досліджень, який активно розвивається в цей час у науці (Г.Ю. Каленська, С.М. Нефедев, М.О. Плющева, Г.Є. Рупчев, О.Т. Соколова, О.М. Дорожевец, Н. Теліцина, А.Ш. Тхостов та ін.), що сприяє значному прогресу теоретичних уявлень з проблеми порушень харчової поведінки [2; 3; 5; 6; 7; 8; 9].

Мета даної статті спрямована на здійснення теоретичного аналізу дефініції «внутрішня тілесність» як складової поняття «тілесність».

Виклад основного матеріалу. Тіло само по собі (як об'єкт) сприймається людиною неоднозначно. На двоїсту природу сприйняття людського тіла вказував ще З.Фрейд: «власне тіло, і насамперед поверхня його, являє собою місце, від якого можуть виходити одночасно як зовнішні, так і внутрішні сприймання. За допомогою зору тіло сприймається як інший об'єкт, але на дотик воно дає відчуття двоякого роду, одні з них можуть бути дуже схожими на внутрішнє сприймання.... спосіб, яким при болісних хворобах людина одержує нове знання про свої органи може бути типовим способом того, як взагалі складається уявлення про своє тіло» [10, с. 432].

Подвійність природи тіла обумовлена особливостями суб'єктивного сприймання, яке «інтерпретує» дані, що надходять як з поверхні тіла, так і зсередини. Інакше кажучи, сприймання тіла як зовнішнього об'єкту забезпечується різними процесами, у тому числі – когнітивними.

Наш язык сприяє поділу на дві окремі дефініції «Я» та «тіло». Зокрема, репертуар нашого языка не містить жодного слова, щоб, наприклад, позначити поняття «Я є тіло». У більшості випадків ми кажемо «моє тіло» або «у тілі» (припускаючи, що наше тіло – це наша власність, але не ми самі; саме так, ми можемо сказати «моя машина», «в моїй машині»). Наш

язык сприяє розумінню нашого тіла як об'єкта: *щось відбувається зі мною (а те, що відбувається, це Я)*.

Дана стаття виконана в контексті методології психології тілесності й припускає дослідження клініко-психологічних характеристик однієї з фундаментальних складових структури тілесності – її внутрішньої границі. Границі тілесності (зовнішня й внутрішня) визначають характер взаємодії суб'єкта з оточуючим світом і впливають на параметри психосоматичного функціонування [2; 6; 9; 11]. Дослідження клініко-психологічних характеристик границь тілесності буде сприяти кращому розумінню розладів харчової поведінки, що у свою чергу, може бути корисно при розробці діагностичних процедур і психокорекційних стратегій, які орієнтовані на людей з харчовими порушеннями.

Як ми вже відзначали вище, переживання людиною своєї тілесності полягає не тільки в її «зовнішніх образах», але й у перманентному сприйнятті цілої гами фізичних відчуттів усередині тіла. Звичайно в тілі людини, чуттєвий компонент внутрішньої тілесності не усвідомлюється, відповідно, представлений мінімально. На передній план він виходить тільки у випадку розладів функцій організму або дезадаптивних поведінкових реакцій (наприклад: тривала відмова від їжі, викликання штучної блювоти, виснажливі фізичні навантаження, безконтрольна обжерливість та інше). При цьому, більшість стимулів, які пов'язані з розладом (хворобою), виходять із самого тіла (тобто зсередини), надаючи суб'єктові безпосереднє відчуття своєї тілесності (такі дискомфорتنі відчуття, як біль, нудота, розпирання, печія, тиск, важкість, крутіня тощо).

У рамках феномена порушень харчової поведінки (анорексії, булімії, ожиріння, гіперфагії) інтероцептивний фон внутрішньої тілесності складає певний інтерес. Ми припускаємо, що область внутрішнього тілесного досвіду (внутрішня тілесність) в осіб зазначеної категорії має певні особливості, які визначають характер сприймання, вербалізації й переживання внутрішніх тілесних відчуттів.

Конструкт «границя образу тіла» (body image barrier), був запропонований S. Cleveland, S. Fisher and al. [11]. Відповідно до їхньої моделі, границя тіла являє собою високостабільний компонент образу тіла, який вони визначили наступним чином: «Образ тіла є стабільним поняттям будь-якого індивіду та залежить від його психологічного досвіду; він включає переживання індивіду щодо можливостей та обмежень тіла, а також його ставлення до власного тіла» [11, с. 10]. Образ тіла, на думку S. Cleveland, S. Fisher не може бути скорочений до якоїсь однієї грані, він поєднує безліч компонентів, що існують на різних рівнях усвідомлення. Границя тіла являє собою здатність індивідуума відокремлювати своє внутрішнє Я від зовнішнього світу, вона так само вказує на те, як утворена особистісна ідентичність. S. Cleveland, S. Fisher, у своїй концепції запропонували розподілити людей на групи за ступенем чіткості й визначеності границь їх образу тіла (на основі проєктивних методик, які дозволяють задіяти мову несвідомого) [11].

Н. Теліцина, аналізуючи дискурсивний простір жінок з анорексією, відзначає, що він (простір) беззастанне транслює необхідність поліпшення або виправлення «неповноцінної частини» тіла (ваги, обсягу талії, груди, рук, ніг, стегон, тощо) відповідно до вказівок моди й/або оточення. Тіло постійно подумки дробиться на частини, ці частини сортуються за принципом: подобається – не подобається (при цьому, те, що не подобається, повинно бути виправлено, що найчастіше не завжди вдається)... і, як наслідок – відбувається розмивання границь тіла. І тоді жінки вживають розпачливі спроби зміцнити границі свого тіла. «Суть анорексії не в знищенні тіла, а в знищенні

через його збереження, через зміцнення його границь. Границі відчуваються через бігові доріжки, велотренажери... біль зв'язок від їх розтягнення, біль голодного шлунку та спазмів від блювоти» [8, с. 178].

Відповідно до визначення Г.Є. Рупчева, *внутрішня тілесність* – це сукупність індивідуальних уявлень суб'єкта про свій організм, які виникають у результаті активного сприймання стимулів з області замкненого інтероцептивного простору (на відміну від області зовнішнього світу – та відповідного екстероцептивного простору) [6]. Інакше кажучи, *внутрішня тілесність* – це ментальна репрезентація знань, когнітивна схема, яка формується усередині самого суб'єкта в процесі сприймання внутрішнього простору організму. При цьому організм розглядається як дистанційована частина себе (нерівноправна частина по відношенню, наприклад, до своєї зовнішності, області почуттів), з якою, однак, доводиться рахуватися у випадку змін у власному стані або під впливом хвороби. На думку автора, тут проявляється амбівалентне ставлення суб'єкта до свого тіла «Я – моє тіло». Зовнішній поверхні тіла (зовнішньому тілу, образу фізичного Я) свідомо довіряється право представляти нас самих (повноважний представник Я), у той час як внутрішня поверхня тіла зводиться суб'єктом до фізіологічного рівня організму.

«Я» відчуває, що воно перебуває усередині тіла, усередині границь. Тіло для нього є одним з об'єктів сприймання сприйняття (подібно іншим об'єктам, що існують у тривимірному просторі). Тіло визначається терміном «моє» і являє собою об'єкт, який має границі. «Я» усвідомлює себе втіленим у ньому. Це місцезнаходження строге не локалізоване, однак «Я» ніколи не отожднює себе з тілом. Не маючи довжини, «Я» все-таки має своє місцезнаходження. Воно ніколи не «там», як річ, що сприймається, воно завжди «тут», і це «тут» усвідомлюється десь усередині тілесних границь» [Lundholm, 1946, цит. за 6, с. 40].

Згідно з поглядом Г.Є. Рупчева, область внутрішньої тілесності характеризується рядом особливостей. Розглянемо їх більш детально:

Внутрішній тілесний досвід, що має характер передзнання.

Дослідники новонароджених дітей довгий час вважали, що діти мають дуже бідний сенсорний багаж, який не є достатнім для розрізнення елементів оточуючого середовища. На думку, Spitz, у перші дві-три тижні дитина сприймає винятково внутрішній світ тілесних подразників. Цілком імовірно, що вірогідність інтероцептивного досвіду, забезпечується механізмами раннього онтогенезу.

У якості прикладу можуть виступити дослідження, які показали, що перцептивні дії спираються на вроджену систему координат. Про існування такої системи свідчить експеримент, у ході якого з'ясувалося, що діти, які вміють повзати (як і дитинчата багатьох тварин) демонструють ворожість до «глибини» й рухаються в протилежному напрямку. Для того щоб визначити, чи дійсно дитина *раннього віку* сприймає глибину, у неї вимірювали частоту серцевих скорочень, яка зростала у відповідь на спроби наблизити дитину до «глибини». Так реагували навіть діти, яким було всього шість тижнів. Результати досліджень Т. Бауер, свідчать, що немовлята починають посміхатися через 48 тижнів з моменту зачаття (незалежно від того, доношені вони чи ні), активніше реагують на голос, ніж на інші звуки такої самої сили. З цього були зроблені висновки, що вже немовля має *чуттєвий образ* свого оточення, і в подальшому формування перцептивного образу світу ґрунтується на *дозріванні вроджених механізмів сприймання*.

Таким чином, інтероцептивні відчуття, що посилає тіло, мають апіорну вірогідність, і дані людині безпосередньо. Отже, події внутрішнього тіла, за Л. Вітген-

штейном, можна зрівняти з дійсними та очевидними висловленнями типу: «Я знаю, що це моя рука». На думку автора, висловлювання такого типу не можна верифікувати, тому що цей інтероцептивний досвід має особливий статус перед-знання й не має потреби в обґрунтуванні своєї вірогідності. Перед-знання передуючи наступному досвіду, багато в чому визначає індивідуальну картину світу й, засвоюється тільки під впливом практичної діяльності.

Наступна особливість області внутрішньої тілесності проявляється як *відсутність розвинутої системи взаємодії із внутрішніми тілесними відчуттями*.

Головною особливістю «зовнішнього тіла» є його стабільна та достатньо чітка границя. Така границя формується в процесі різноманітних маніпуляцій дитини, як із предметами зовнішнього світу, так і із частинами свого зовнішнього тіла. Саме предметна маніпуляція є принциповою умовою об'єктивного сприймання зовнішнього світу, і можливістю його категоризації. Однак щодо своїх внутрішніх органів, така можливість (безпосередньої взаємодії, маніпуляції із внутрішніми органами) у дитини (як втім і в дорослого) – відсутня. Це, у свою чергу, обумовлює неможливість диференціації (верифікації) чітких границь внутрішнього тіла й границь конкретних внутрішніх органів. Важливими наслідками із цього твердження є: 1) відмінною рисою «внутрішнього тіла» є відсутність чітких границь; 2) відсутність стабільної границі «внутрішнього тіла» не дозволяє йому одержати статус повноцінного об'єкта у свідомості (тому що воно позбавлене для цього необхідних характеристик і властивостей); 3) відсутність стабільної границі «внутрішнього тіла» унеможливорює пряме порівняння суб'єктивного тілесного досвіду однієї людини з тілесним досвідом інших людей.

G. Groddeck, описуючи формування органічної симптоматики й динаміку первинних психічних процесів (під якими він розумів сновидіння й утворення невротичних симптомів), відзначав подібність їх генезу [12]. У результаті він дійшов висновку, що сприймання «області внутрішньої тілесності» можна розглядати як «первинний психічний процес». На його думку, будь-яка хвороба – це прояв несвідомого. «Воно (несвідоме) проявляє себе то психічним, то органічним шляхом» (цит. за Г. Аммон, 2000) [1].

З. Фрейд продовжив розвиток тематики впливу «первинних психічних процесів». На його думку, «Воно» має відкритий вихід у соматіку і саме тому можлива конверсія (трансформація енергії психічного конфлікту на рівень соматичної симптоматики). Крім того він відзначав, що лібідо, як і первинні психічні процеси (мрії, сни, фантазії) залежні від «принципу задоволення», і тому допускають високий ступінь свободи інтерпретації. Можливість цього пояснюється тим, що в переживанні внутрішнього тілесного досвіду реалізуються, у першу чергу, не об'єктивні характеристики стимулів, що викликають ці відчуття, а скоріше, проекція афективних складових самосвідомості: страхів, очікувань, бажань. Результат «первинних психічних процесів» – це не стільки відображення об'єктивної реальності, скільки фантазійні уявлення про неї, що у свою чергу породжує феномени, які близькі до «галюцинацій уяви».

Обмеженість можливості верифікації інтероцептивних феноменів.

Як вказувалося вище, усякий перцептивний досвід являє собою кінцевий продукт процесу категоризації. При цьому категоріальна система, як ціле, передуює своїй частині (наприклад, окремому відчуттю), яке одержує своє значення крізь призму цілого.

Таким чином, тілесний досвід індивіда (як і досвід у цілому) конструюється на основі матриці категоріальних інтероцептивних значень. Наприклад, навіть пошук слова для позначення відчуття, за своєю



суттю, буде актом віднесення його до певного гнізда матриці, сприйняттям його як елемента в контексті деякої безлічі, «системи елементів». Відмінність інтероцептивного сприйняття від екстероцептивного полягає в тому, що воно, з одного боку, є менш диференційованим, з іншого боку – підлягає широкій інтерпретації цього досвіду. Так, G. Groddeck указував: «...є великою оманю припускати, що лише істерик володіє даром (здатністю) робити себе хворим з будь-якою метою; кожна людина має цю здатність, і кожній використовує її в певному обсязі» [12].

Обмеженість довільної регуляції внутрішньої тілесності.

Під час опису екстероцептивних відчуттів, у випадку їх нечіткості, ілюзорності, сумнівній точності, вводять, так званій, індекс присутності (реальності). Цей ступінь присутності звичайно легко встановлюється через практику, через взаємодію із цією реальністю (пам'ятаєте, у класиків: «від простого споглядання, до абстрактного мислення, і від нього – до істини!» або «і досвід – син помилок тяжких...»?). Можливість практичної діяльності містить у собі два моменти. Перший – це спосіб, який дозволяє впевнитися в наявності події (стимулу). Другий – це спосіб захисту від нього. Так, наприклад, якщо візуальний або аудіальний стимул викликає дискомфорт, то відповідно, можна закрити очі або заткнути вуха, що дозволить уникнути неприємний вплив стимулу. Трохи складніше, але цілком можливими виявляються способи які дозволяють уникнути дискомфортних емоційних переживань (наприклад, за допомогою механізмів психологічного захисту). Так, наприклад, в ситуації хворобливого розлучення з коханою людиною можна заспокоїти себе думкою «що, якщо наречена йде до іншого, то ще не відомо, хто щасливіший!»

Інтероцептивні відчуття, які сприймаються усередині тіла, мають такий самий індекс присутності (реальності), як екстероцептивні. Оскільки, коли людина відчуває біль у серці або відчуває тілесний дискомфорт (нудоту, запаморочення, «порожнечу в голові», прискорене серцебиття, кольки в шлунку і т. п.), те це робить інтероцептивні відчуття ще більш реальними, ніж зорові, «із чим не посперечаєшся, навіть якщо інші люди ніколи не відчували нічого подібного». При цьому вольова саморегуляція людини не є ефективною.

Висновки. Людське тіло як об'єкт дослідження характеризується двоїстою природою сприйняття. Подвійність природи тіла обумовлена особливостями суб'єктивного сприйняття, яке «інтерпретує» дані, що надходять як з поверхні тіла, так і з середини. Границі тілесності (зовнішня й внутрішня) визначають харак-

тер взаємодії суб'єкта з оточуючим світом і впливають на параметри психосоматичного функціонування.

Внутрішня тілесність як область сприйняття внутрішнього простору організму, з одного боку, є малодоступною для довільної регуляції, з іншого боку – є областю цілком реальних відчуттів, що сприймаються безпосередньо.

Дослідження клініко-психологічних характеристик границь тілесності буде сприяти кращому розумінню розладів харчової поведінки, що у свою чергу, може бути корисно при розробці діагностичних процедур і психокорекційних стратегій, які орієнтовані на людей з харчовими порушеннями.

Література:

1. Аммон Г. Психосоматическая терапия / Г. Аммон. – СПб. : Речь, 2000. – 238 с. (Серия «Психотерапия на практике»)
2. Каленська Г.Ю. Психологічні детермінанти аутоперцепції якості життя хворими на невротичні розлади : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Г.Ю. Каленська ; Ін-т психології ім. Г.С. Костюка АПН України. – Київ, 2007. – 183 с.
3. Нефедев С.М. Границі предметності у феноменології : дис. ... канд. філос. наук : 09.00.01 / С.М. Нефедев ; Тавр. нац. ун-т ім. В.І. Вернадського. – Сімф., 2004. – 187 с.
4. Ожирение и избыточный вес [Электронный ресурс] // Информационный бюллетень. – № 311. – Май 2012. – Режим доступа : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/ru/index.html>.
5. Плющева М.О. Феноменологічна онтологія тілесності : дис. ... канд. філос. наук : 09.00.01 / М.О. Плющева ; Київ. нац. ун-т ім. Т. Шевченка. – К., 2008. – 180 с.
6. Рупчев Г.Е. Психологическая структура внутреннего телесного опыта при соматизации (на модели соматоформных расстройств) : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Г.Е. Рупчев ; Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова. – М., 2000. – 168 с.
7. Соколова Е.Т. Исследования образа тела в зарубежной психологии / Е.Т. Соколова, А.Н. Дорожевец // Вестник Моск. ун-та. – Сер. 14. – Психология. – 1985. – № 4. – С. 39–49.
8. Телицина Н. Нервная анорексия в регистрах третьей топки / Н. Телицина // Психодиагностика. – 2007. – № 1. – С. 142–184.
9. Тхостов А.Ш. Интрацепция в структуре внутренней картины болезни : автореф. дис. ... докт. психол. наук / А.Ш. Тхостов. – М, 1991. – 35 с.
10. Фрейд З. Психология бессознательного: Сб. произведений/ сост. М.Г. Ярошевский. – М. : Просвещение, 1990. – 448 с.
11. Cleveland S. Perception of body size in schizophrenia / S. Cleveland, S. Fisher, E. Reitman, P. Rothaus // The American Journal of Psychiatry. – 1986. – № 3. – P. 78–92.
12. Groddeck G. Psychische Bedingtheit und psychoanalytische Behandlung organischer Leiden/ G. Groddeck. – Leipzig, 1917. – P. 36–58.
13. Shontz F. C. Body image and its disorders/ F.C. Shontz // International Journal of Psychiatry in Medicine. 1974. – № 5. – С. 461–472.