

ИНДУЦИРАНА ВИНА В СЕМЕЙНАТА ДИНАМИКА И ХИПОХОНДРИЧНА ПРЕДИСПОЗИЦИЯ: ТЕОРЕТИЧЕН МОДЕЛ

Д-р Аница Хугасиян-Хачмерян

Резюме: Настоящата статия разглежда индуцираната вина в семейната динамика като възможен психологически механизъм, свързан с тревожното личностово функциониране и хипохондричната предиспозиция в зряла възраст. Предлага се теоретичен модел, според който системното използване на вина като средство за психологически контрол може да затрудни автономността, поставянето на лични граници и разграничаването между собствена отговорност и чужда емоционална реакция. Интернализирането на подобни отношения може да поддържа свръхотговорност, зависимост от одобрение и повишена тревожна саморегулация. При определени условия тревожността може да се насочи към тялото чрез засилено самонаблюдение, катастрофично интерпретиране на телесни усещания и търсене на уверение. Предложеният модел не установява причинно-следствена зависимост и изисква последваща емпирична проверка.

Ключови думи: индуцирана вина, психологически контрол, семейна динамика, срам, тревожно личностово функциониране, здравна тревожност, хипохондрична предиспозиция.

INDUCED GUILT IN FAMILY DYNAMICS AND HYPOCHONDRIACAL PREDISPOSITION: A THEORETICAL MODEL

Anitsa Hugasiyan-Hachmeryan, PhD

Abstract: The present article examines induced guilt in family dynamics as a possible psychological mechanism associated with anxious personality functioning and hypochondriacal predisposition in adulthood. A theoretical model is proposed in which the recurrent use of guilt as a means of psychological control may hinder autonomy, personal boundary formation, and the differentiation between personal responsibility and the emotional reactions of others. The internalization of such relational patterns may sustain excessive responsibility, dependence on approval, and anxiety-based self-regulation. Under certain conditions, anxiety may become focused on the body through heightened self-monitoring, catastrophic interpretation of bodily sensations, and reassurance-seeking. The proposed model does not establish a direct causal relationship and requires further empirical examination.

Keywords: induced guilt, psychological control, family dynamics, shame, anxious personality functioning, health anxiety, hypochondriacal predisposition.

Увод

Семейната среда е първото пространство, в което детето изгражда представи за сигурност, принадлежност, лична стойност и автономност. В него се усвояват не само правила на поведение, но и модели за преживяване и регулиране на емоциите. Чрез реакциите на значимите възрастни детето постепенно научава дали неговите чувства са приемливи, дали несъгласието застрашава отношенията, дали има право да изразява гняв и дали отделянето се възприема като естествен процес или като проява на нелоялност.

Чувството за вина изпълнява важна морална и социална функция. То подпомага разпознаването на причинената вреда, поемането на отговорност и възстановяването на нарушените отношения. Поради това вината не следва да бъде определяна като патологична емоция сама по себе си. Нейната психологическа функция се променя, когато не възниква като реакция на реално нарушение, а се предизвиква и поддържа с цел подчиняване, ограничаване на автономността или запазване на емоционална зависимост.

В изследванията на родителския психологически контрол са описани отношения, при които възрастният се намесва във вътрешния свят на детето чрез предизвикване на вина, засрамване, условно приемане или оттегляне на близостта. За разлика от поведенческия контрол, който може да има защитна и социализираща функция, психологическият контрол засяга чувствата, мислите, потребностите и преживяването за собствена стойност на детето (Barber, 1996; Soenens & Vansteenkiste, 2010). Системното използване на подобни стратегии може да затрудни развитието на автономност и способността за разграничаване между собствените решения и емоционалните реакции на другите (Pérez et al., 2021).

Настоящата статия има теоретико-концептуален характер. Нейната цел е да предложи модел на възможните психологически връзки между семейния психологически контрол, индуцираната вина, свръхотговорността, зависимостта от одобрение, тревожната саморегулация и хипохондричната предиспозиция. Не се приема, че индуцираната вина задължително води до здравна тревожност, нито че семейната динамика може самостоятелно да обясни нейното възникване. Предполага се по-ограничено, че при определена личностова уязвимост семейно формираните механизми на вина и несигурност могат да участват в начина, по който тревожността се организира и насочва към тялото.

1. Понятийни разграничения

1.1. Вина и срам

Вината и срамът принадлежат към групата на самосъзнателните морални емоции, но се различават по своя психологически фокус. Вината обикновено е насочена към конкретно поведение: човек преживява, че е постъпил неправилно, причинил е вреда или е нарушил значима норма. Когато е свързана с реална отговорност, тя може да мотивира признаване на грешката, поправяне на последствията и промяна на поведението.

Срамът засяга по-цялостно оценката на личността. При него проблемът не се локализира само в конкретното действие, а в преживяването, че самият човек е недостатъчен, лош, неприемлив или недостоен. Това разграничение е формулирано в

класическата работа на Луис и е развито в последващите изследвания на Тангни и съавтори (Lewis, 1971; Tangney & Dearing, 2002; Tangney et al., 2007).

Разликата между двете емоции не означава, че те винаги се преживяват отделно. Повтарящото се обвинение за конкретно поведение може постепенно да се превърне в глобално отрицателно отношение към себе си. Детето може първоначално да разбира, че е постъпило неправилно, но при системно засрамване да започне да преживява себе си като източник на разочарование и страдание за другите.

1.2. Индуцирана вина

За целите на настоящия анализ понятието „индуцирана вина“ обозначава преживяване за вина, което се предизвиква или поддържа чрез взаимодействията в семейната система, без задължително да е налице реално морално нарушение. То може да се активира при несъгласие, поставяне на граница, изразяване на различно мнение, избор на собствен път или опит за емоционално отделяне.

Индуцираната вина може да бъде предавана чрез преки обвинения, но и чрез неявни послания: демонстративно страдание, продължително мълчание, обида, оттегляне на близостта или внушение, че поведението на детето разрушава спокойствието в семейството. Общият елемент е прехвърлянето на отговорността за емоционалното състояние на възрастния върху детето.

Това понятие не следва да се използва за всяка ситуация, в която родителят изразява разочарование или неудовлетворение. Емоционалната реакция на възрастния не представлява автоматично психологически контрол. За индуцирана вина може да се говори, когато чувството за вина се използва системно, несъразмерно и преимуществено като средство за въздействие върху автономния избор на детето.

1.3. Психологически контрол

Психологическият контрол е по-широко понятие от индуцираната вина. Той включва родителски стратегии, чрез които се оказва натиск върху вътрешния свят на детето и се ограничават неговата автономност, емоционално разграничаване и свободно изразяване. Предизвикването на вина е една от възможните форми на такъв контрол, наред със засрамването, любовното оттегляне, обезценяването и условното приемане (Barber, 1996; Soenens & Vansteenkiste, 2010).

Необходимо е психологическият контрол да се отличава от структурирането на поведението. Поставянето на ясни правила, изискването за отговорност и определянето на допустими граници могат да подпомагат развитието, когато са предвидими, обясними и съобразени с възрастта на детето. Психологическият контрол не ограничава само дадено поведение, а поставя под съмнение правото на детето да има различни чувства, потребности и избори.

1.4. Свръхотговорност

Свръхотговорността обозначава тенденция човек да поема отговорност не само за собствените си действия, но и за настроенията, решенията, разочарованията и вътрешното равновесие на другите. Тя не е идентична с вината, а може да се разглежда като един от възможните резултати от продължително функциониране в отношения, в които личната автономност се свързва с причиняване на страдание.

Личността, организирана около свръхотговорността, може да преживява отказа като жестокост, несъгласието като нелоялност, а избора на собствена потребност като

егоизъм. Този модел създава устойчиво напрежение, защото всяко действие трябва да бъде предварително оценено спрямо възможността другият да се почувства наранен или разочарован.

1.5. Тревожно личностово функциониране и невротизъм

Понятието „тревожно личностово функциониране“ се използва в настоящата статия като описателно, а не като диагностично определение. То обозначава устойчив модел, при който тревожността, самокритичността, зависимостта от одобрение, страхът от отхвърляне и конфликтът между автономност и привързаност заемат значимо място в саморегулацията на личността.

Това понятие не трябва да се отъждествява с психодинамичната категория „невротична личностова организация“, нито с личностовата черта „невротизъм“. Невротизмът се определя като обща склонност към по-интензивно преживяване на негативни емоции, повишена чувствителност към заплахата и по-силна реактивност при стрес. Изследванията го свързват с повишена уязвимост към различни форми на психично страдание, без той сам по себе си да представлява психично разстройство (Lahey, 2009; Ormel et al., 2013).

Тревожното личностово функциониране, използвано тук, е по-тясно свързано с начина, по който личността регулира тревожността чрез самопроверка, търсене на одобрение и избягване на вина. Невротизмът може да повишава уязвимостта към подобна динамика, но двете понятия не са взаимозаменяеми.

1.6. Хипохондрична предиспозиция и здравна тревожност

Хипохондричната предиспозиция обозначава неклинична склонност към повишена бдителност спрямо телесни усещания, тревожно интерпретиране на здравна информация, търсене на уверение и трудност за понасяне на неопределеността, свързана със здравето. Понятието не се използва като диагностична категория и не предполага задължително наличие на психично разстройство.

Здравната тревожност е по-широк континуум, който може да варира от временна и адаптивна загриженост до устойчиво и клинично значимо безпокойство. В настоящия текст хипохондричната предиспозиция се разбира като повишена личностова и когнитивно-емоционална уязвимост към здравна тревожност, а не като нейна напълно развита клинична форма.

2. Семейният психологически контрол и индуцирането на вина

В семейната среда детето зависи от възрастните не само физически, но и емоционално. Поради тази зависимост то е особено чувствително към промени в близостта, одобрението и приемането. Когато родителското разочарование системно се представя като последица от автономните желания на детето, то може да започне да свързва личния избор със загуба на любов и принадлежност.

Психологическият контрол действа чрез промяна на вътрешната мотивация. Детето не се съобразява единствено защото разбира смисъла на правилото, а защото се страхува от обвинение, отхвърляне или емоционално отдръпване. Така поведението му се регулира чрез вътрешно напрежение, а не чрез постепенно развитие на самостоятелна морална преценка.

Послания като „след всичко, което направих за теб“, „ти ме разболяваш“, „ако ме обичаше, нямаше да постъпиш така“ или „ти си причината да страдам“ поставят детето в позиция на отговорно за психичното и телесното състояние на възрастния. Дори когато подобни формулировки не се изричат пряко, тяхната функция може да бъде изпълнявана чрез мълчание, отдръпване или демонстративно разочарование.

При повтаряне на този модел детето може да изгради убеждение, че приемането е условно и зависи от способността му да удовлетворява емоционалните очаквания на другите. Автономността започва да се преживява не като развитие, а като риск за отношенията. Така възниква вътрешен конфликт между потребността от собствен избор и страха, че този избор ще причини болка, ще доведе до обвинение или ще разруши връзката.

Психологическият контрол не трябва непременно да се разглежда като преднамерено и съзнателно поведение. Родителят може сам да функционира в условията на повишена тревожност, страх от изоставяне, неудовлетворена потребност от близост или собствен опит на контролиращо възпитание. Това обаче не променя психологическите последици за детето. Анализът на механизма не цели морално обвинение на семейството, а разбиране на начина, по който определени модели на взаимодействие могат да бъдат интернализирани.

3. Интернализирана вина, автономност и лични граници

Интернализирането настъпва, когато външният контрол постепенно се преобразува във вътрешно правило. Вече не е необходимо значимият друг да обвинява, мълчи или да се отдръпва, защото личността започва сама да предвижда обвинението и да ограничава поведението си. Външното послание се превръща във вътрешен критичен глас. Изследванията върху условното родителско приемане показват, че зависимостта на одобрението от определено поведение може да бъде свързана с вътрешна принуда и потискаща регулация на отрицателните емоции (Roth et al., 2009).

Този вътрешен глас не оценява само конкретното действие. Той поставя под съмнение самото право на отказ, несъгласие, гняв и самостоятелен избор. Човек може да се пита не само дали постъпва правилно, а дали изобщо има право да предпочете себе си, когато решението му не съответства на желанията на другия.

При такава динамика границите се преживяват като морален проблем. Поставянето на граница не се възприема като регулиране на отношенията, а като отхвърляне, неблагодарност или причиняване на болка. Поради това личността може да отлага отказа, да приема прекомерни задължения и да запазва отношения, които изискват системно пренебрегване на собствените потребности.

Свръхотговорността временно предпазва от чувството за вина, но същевременно поддържа зависимостта от чуждата оценка. Колкото повече човек се стреми да предотврати всяко чуждо разочарование, толкова по-трудно става да установи границите на реалната си отговорност. Той се научава да следи реакциите на другите и да коригира себе си още преди да е възникнал открит конфликт.

Особено значение има отношението към гнева. Гневът може да сигнализира за нарушена граница, преживяна несправедливост или потребност от защита. В семейна система, в която противопоставянето се посреща с вина и засрамване, тази емоция може

да бъде определена като опасна или неприемлива. Детето научава, че ако се разгневи, е лошо, а ако се защити, наранява другия.

Непризнаването на гнева не означава неговото изчезване. Той може да бъде пренасочен към собствената личност под формата на самокритика или да остане като неспецифично вътрешно напрежение. В настоящия модел потиснатият гняв не се приема като пряка причина за телесни симптоми. Той се разглежда като част от по-широка затруднена емоционална регулация, при която сигналите за нарушена граница не се разпознават и не се изразяват достатъчно ясно.

4. Тревожното личностово функциониране като форма на саморегулация

Когато автономността е свързана с вина, а приемането зависи от съобразяване, саморегулацията може да се организира около избягването на грешка и неодобрение. Личността започва да наблюдава внимателно собствените си мисли, чувства и решения, за да предотврати конфликт или отхвърляне.

Това вътрешно наблюдение може да изглежда като съвестност и отговорност. Разликата е, че при зрелия самоконтрол човек разполага с относително стабилни вътрешни критерии и може да понесе несъгласието на другите. При тревожната саморегулация преценката дали собственото поведение е правилно остава зависима от външно уверение.

Личността може многократно да проверява дали не е сгрещила, дали не е била прекалено рязка, дали не е разочаровала или дали не е причинила вреда. Полученото уверение намалява напрежението, но само временно. Тъй като вътрешният критерий не е достатъчно устойчив, скоро възниква ново съмнение и необходимостта от потвърждение се възстановява.

В този модел тревожното личностово функциониране се характеризира с повишена чувствителност към несигурност, страх от отрицателна оценка, самокритичност и трудност за разграничаване между обективна отговорност и тревожно очакване за вина. То не представлява самостоятелна диагноза, а описва начина, по който личността се опитва да поддържа сигурност чрез контрол, предвиждане и съобразяване.

Личностовата черта невротизъм може да повиши вероятността отрицателните събития и двусмислените сигнали да бъдат преживявани като по-заплашителни. Лахей определя невротизма като широко значима психологическа уязвимост, а Ормел и съавтори подчертават сложната му връзка с различни форми на психично страдание (Lahey, 2009; Ormel et al., 2013). Това не доказва, че невротизмът произтича от индуцирана вина, а предполага, че по-високата емоционална реактивност може да взаимодейства със семейно формираните модели на саморегулация.

5. От емоционалната несигурност към телесно насочената тревожност

Хипохондричната предиспозиция не се изчерпва със страх от заболяване. Тя включва повишено внимание към телесните усещания, склонност към тяхното тревожно интерпретиране и потребност от получаване на сигурност чрез проверки, медицински консултации или уверение от близки хора.

Когнитивно-поведенческият модел на Уоруик и Салковски обяснява здравната тревожност чрез начина, по който двусмислената телесна или медицинска информация

се интерпретира като доказателство за сериозна опасност. Телесното усещане предизвиква тревожна оценка, която усилва физиологичната възбуда и насочва още повече вниманието към тялото. Последващото проверяване или търсене на уверение води до временно облекчение, но не коригира основното убеждение и така поддържа тревожния цикъл (Warwick & Salkovskis, 1990).

В настоящия теоретичен модел междуличностното търсене на одобрение и медицинското търсене на уверение се разглеждат като функционално сходни, но не идентични процеси. В първия случай човек търси доказателство, че е добър, невиновен и приемлив. Във втория търси доказателство, че е здрав и че телесното усещане не означава опасност. И в двата случая увереността се получава отвън и има ограничена продължителност.

Това сходство не означава, че единият процес автоматично се преобразува в другия. То позволява да се предположи, че личност, която системно регулира несигурността чрез външно потвърждение, може при здравен страх да използва същия регулативен принцип. Вместо да толерира неопределеността, тя се стреми да я премахне чрез повторни проверки и уверение.

В изследване сред 196 гръцки студенти от Анагностопулос и Ботсе установяват положителни връзки между невротизма и различните измерения на здравната тревожност. В модела са включени също несигурната привързаност, фокусирането върху телесните усещания, търсенето на уверение и използването на медицински услуги (Anagnostopoulos & Botse, 2016). Поради неклиничната и възрастово ограничена извадка тези резултати не могат да бъдат директно обобщавани към всички лица с изразена хипохондрична симптоматика, но подкрепят необходимостта от интегриране на личностови, перцептивни и междуличностни фактори.

Изследването на Мостафей и съавтори също показва, че психичното здраве и личностови характеристики, включително невротизмът, имат отношение към изразеността на соматичните оплаквания в голяма популационна извадка (Mostafaei et al., 2019). Подобни данни не доказват, че телесните симптоми са породени от личностови фактори. Те показват, че възприемането, оценяването и съобщаването на симптомите се осъществяват в контекста на цялостното психично функциониране.

Тялото може да придобие особено значение за човек, който изпитва трудност да разпознава и регулира емоционалната несигурност. Телесното усещане е конкретно, наблюдаемо и изглежда подлежащо на проверка, докато конфликтът между автономност, вина и принадлежност е по-труден за назоваване. Поради това тревожността може да се организира около тялото, без телесните усещания да са нереални или съзнателно преувеличени.

6. Интегративен теоретичен модел

Предложеният модел започва от семейна динамика, в която психологическият контрол системно използва вина, засрамване или оттегляне на близостта. Детето може да усвои, че приемането зависи от неговата способност да се съобразява и да предотвратява отрицателните емоции на значимите други.

Следващото психологическо звено е интернализирането на тази регулация. Външното обвинение постепенно се преобразува във вътрешна самопроверка. Личността

започва сама да ограничава своите желания и реакции, за да избегне вина, конфликт или загуба на одобрение.

На това равнище могат да се развият свръхотговорност, затруднени лични граници и конфликт между потребността от автономност и страха от отделяне. Гневът и несъгласието се преживяват като опасни за връзката, а личният избор се подлага на продължително морално съмнение.

Зависимостта от външно потвърждение поддържа цикъл на съмнение, проверка и краткотрайно успокоение. При наличие на здравен стимул – телесно усещане, заболяване на близък човек, медицинска информация или преживяна загуба – този регулативен модел може да се насочи към тялото. Повишеното внимание към симптома увеличава неговата субективна значимост, тревожната интерпретация усилва страха, а проверката и уверението поддържат необходимостта от нови проверки.

Моделът може да бъде обобщен като последователност от взаимосвързани процеси: психологически контрол; индуциране и интернализиране на вина; свръхотговорност и затруднена автономност; тревожна саморегулация и зависимост от външно потвърждение; насочване на вниманието към телесната неопределеност; здравна тревожност, проверяване и търсене на уверение.

Тази последователност не трябва да се разбира като универсален или еднопосочен път. Между отделните процеси могат да съществуват обратни влияния. Продължителната здравна тревожност например може допълнително да усили зависимостта от близките, междуличностното напрежение и преживяването за безпомощност.

Възможното развитие на хипохондрична предиспозиция зависи и от множество други фактори: темперамент, реални здравни проблеми, семейни заболявания, загуби, несигурна привързаност, житейски стрес, културни представи за болестта, достъп до медицинска информация и индивидуална способност за понасяне на неопределеност. Поради това индуцираната вина може да се разглежда само като един от възможните елементи в многофакторен модел.

7. Насоки за психологическо консултиране и психотерапия

Разбирането на хипохондричната предиспозиция през призмата на семейно индуцираната вина разширява клиничната оценка, но не отменя необходимостта от медицинско изследване при наличие на симптоми. Психологическата интерпретация не трябва да се използва за обезценяване на телесното страдание или за предварително заключение, че оплакванията са изцяло психогенни.

Първата терапевтична задача е разграничаването между реална отговорност и индуцирана вина. Реалната вина е свързана с конкретно действие и може да бъде преработена чрез признаване, поправяне и промяна. Индуцираната вина се активира при автономност или несъгласие, без да е причинена съизмерима вреда. Терапевтичната работа подпомага клиента да установи за какво действително носи отговорност и какво принадлежи към чувствата, решенията и очакванията на другите.

Втората задача е свързана с възстановяването на личните граници. Това включва разпознаване на собствените потребности, упражняване на право на отказ и постепенно понасяне на неодобрението, без то автоматично да се тълкува като доказателство за вина.

Целта не е намаляване на емпатията, а разграничаване между грижа за другия и отказ от собствената личност.

Третата посока е разпознаването на гнева като информация. Вместо да бъде автоматично потискан или превръщан в самообвинение, гневът може да бъде изследван като сигнал за нарушена граница, неудовлетворена потребност или преживяна несправедливост. Терапевтичната работа не насърчава неконтролирано изразяване на гняв, а неговото символизиране, регулиране и конструктивно използване.

Четвъртата посока е свързана с преодоляване на поддържащия цикъл на здравната тревожност. Когнитивно-поведенческите интервенции включват изследване на катастрофичните интерпретации, намаляване на прекомерното телесно проверяване, ограничаване на повторното търсене на уверение и постепенно изграждане на толерантност към здравната неопределеност. Систематичните прегледи и метаанализи показват, че когнитивно-поведенческата терапия е ефективен подход при здравна тревожност, включително при различни формати на провеждане (Cooper et al., 2017; Axelsson & Hedman-Lagerlöf, 2019).

Работата с по-дълбоките семейни и личностови модели може да допълни симптомно насочените интервенции. Когато търсенето на медицинско уверение е част от по-широк модел на зависимост от външна регулация, трайната промяна изисква не само корекция на тревожните мисли, но и изграждане на по-стабилна вътрешна опора.

Психотерапевтичният процес следва да подпомага клиента да понася едновременно две реалности: че тялото не може да бъде контролирано напълно и че отношенията не могат да бъдат запазени чрез пълно отказване от автономност. И в двата случая психологическата зрялост предполага способност за оставане в контакт с неопределеността, без незабавно подчиняване на тревожния импулс за контрол.

Заклучение

Настоящата статия разглежда индуцираната вина в семейната динамика като възможен психологически механизъм, който може да бъде анализиран във връзка с тревожното личностово функциониране и хипохондричната предиспозиция. Изведено беше разграничение между зрелия морален опит, хроничния срам, психологическия контрол, свръхотговорността, невротизма и здравната тревожност.

Концептуалният принос на статията се състои в свързването на два процеса, които обикновено се разглеждат отделно: междуличностната регулация чрез вина и тревожната регулация чрез телесно наблюдение и търсене на уверение. Предполага се, че когато сигурността в отношенията е зависима от съобразяване и външно одобрение, личността може да изгради по-общ модел на справяне с несигурността чрез проверки и потвърждение. При определени условия този модел може да бъде приложен и към тялото и здравето.

Ограничението на разработката произтича от нейния теоретико-концептуален характер. Представеният модел не доказва причинно-следствена връзка и не позволява да се определи специфичният принос на индуцираната вина спрямо други семейни, личностови и житейски фактори.

Бъдещи изследвания могат да проверят дали тревожното личностово функциониране, свръхотговорността, затрудненото поставяне на граници, зависимостта

от външно уверение и непоносимостта към неопределеността изпълняват посредническа роля във връзката между преживения родителски психологически контрол и хипохондричната predisposition в зряла възраст.

Използвана литература

1. Anagnostopoulos, F., & Botse, T. (2016). Exploring the role of neuroticism and insecure attachment in health anxiety, safety-seeking behavior engagement, and medical services utilization: A study based on an extended interpersonal model of health anxiety. *SAGE Open*, 6(2), 1–13. <https://doi.org/10.1177/2158244016653641>
2. Axelsson, E., & Hedman-Lagerlöf, E. (2019). Cognitive behavior therapy for health anxiety: Systematic review and meta-analysis of clinical efficacy and health economic outcomes. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 19(6), 663–676. <https://doi.org/10.1080/14737167.2019.1703182>
3. Barber, B. K. (1996). Parental psychological control: Revisiting a neglected construct. *Child Development*, 67(6), 3296–3319. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1996.tb01915.x>
4. Cooper, K., Gregory, J. D., Walker, I., Lambe, S., & Salkovskis, P. M. (2017). Cognitive behaviour therapy for health anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 45(2), 110–123. <https://doi.org/10.1017/S1352465816000527>
5. Lahey, B. B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, 64(4), 241–256. <https://doi.org/10.1037/a0015309>
6. Lewis, H. B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. International Universities Press.
7. Mostafaei, S., Kabir, K., Kazemnejad, A., Feizi, A., Mansourian, M., Hassanzadeh Keshteli, A., Afshar, H., Arzaghi, S. M., Rasekhi Dehkordi, S., Adibi, P., & Ghadirian, F. (2019). Explanation of somatic symptoms by mental health and personality traits: Application of Bayesian regularized quantile regression in a large population study. *BMC Psychiatry*, 19, 207. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2189-1>
8. Ormel, J., Jeronimus, B. F., Kotov, R., Riese, H., Bos, E. H., Hankin, B., Rosmalen, J. G. M., & Oldehinkel, A. J. (2013). Neuroticism and common mental disorders: Meaning and utility of a complex relationship. *Clinical Psychology Review*, 33(5), 686–697. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.04.003>
9. Pérez, J. C., Huerta, P., Rubio, B., & Fernández, O. (2021). Parental psychological control: Maternal, adolescent, and contextual predictors. *Frontiers in Psychology*, 12, 712087. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.712087>
10. Roth, G., Assor, A., Niemiec, C. P., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2009). The emotional and academic consequences of parental conditional regard: Comparing conditional positive regard, conditional negative regard, and autonomy support as parenting practices. *Developmental Psychology*, 45(4), 1119–1142. <https://doi.org/10.1037/a0015272>
11. Soenens, B., & Vansteenkiste, M. (2010). A theoretical upgrade of the concept of parental psychological control: Proposing new insights on the basis of self-

- determination theory. *Developmental Review*, 30(1), 74–99.
<https://doi.org/10.1016/j.dr.2009.11.001>
12. Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. Guilford Press.
13. Tangney, J. P., Stuewig, J., & Mashek, D. J. (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annual Review of Psychology*, 58, 345–372.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070145>
14. Warwick, H. M. C., & Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 28(2), 105–117. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90023-C](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90023-C)