

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«ДОНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ТЕХНИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

На правах рукописи



ЦАПЕНКО Александр Владимирович

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ЖИЗНЕННЫХ СТИЛЕЙ
ЖЕНЩИН С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ**

Специальность

5.3.1. Общая психология, психология личности, история психологии
(психологические науки)

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Научный руководитель:

доктор психологических наук, профессор

Пищик Влада Игоревна

Ростов-на-Дону-2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

	стр.
ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕДИКТОРОВ ЖИЗНЕННЫХ СТИЛЕЙ ЖЕНЩИН С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	16
1.1. Теоретический обзор изучения проблемы нарушенного и нормального пищевого поведения.....	16
1.1.1. Психологическая характеристика понятия «пищевое поведение».....	16
1.1.2. Виды расстройств пищевого поведения и проблема определения их психологических предикторов.....	21
1.2. Проблема изучения жизненного стиля в психологической теории и практике.....	34
1.2.1. Соотношение понятия «жизненный стиль» с близкими ему по смыслу понятиями в различных научных подходах.....	34
1.2.2. Подходы к типологизации и структурированию жизненного стиля.....	39
1.2.3. Типология жизненных стилей.....	49
1.3. Проблема определения психологических предикторов жизненных стилей женщин с расстройствами пищевого поведения.....	55
1.3.1. Специфика бессознательных предикторов жизненных стилей, сопряженных с влечениями.....	55
1.3.2. Специфика бессознательных предикторов жизненных стилей, сопряженных с психотравмами.....	61
1.3.3. Специфика бессознательных предикторов жизненных стилей, сопряженных с архетипами.....	68
1.3.4. Специфика бессознательных предикторов жизненных стилей, сопряженных с побуждающими мотивами и родовой предрасположенностью к ним.....	75
Выводы по Главе 1.....	79
ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕДИКТОРОВ ЖИЗНЕННЫХ СТИЛЕЙ ЖЕНЩИН С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	82
2.1. Программа исследования.....	82
2.2. Обоснование методов исследования.....	85
2.3. Результаты исследования.....	94
2.3.1. Особенности бессознательных побуждающих мотивов у женщин с расстройствами пищевого поведения и нормальным пищевым поведением.....	94
2.3.2. Особенности психологических защит у женщин с нормальным и нарушенным пищевым поведением.....	113

2.3.3. Социально-психологические особенности личности женщин с расстройствами пищевого поведения и нормальным пищевым поведением	117
2.3.4. Особенности психотравм у женщин с расстройствами пищевого поведения.....	126
2.3.5. Взаимосвязь психологических предикторов и жизненного стиля женщин с расстройствами пищевого поведения и нормальным пищевым поведением.....	134
Выводы по Главе 2.....	139
ГЛАВА 3. КОРРЕКЦИЯ ЖИЗНЕННОГО СТИЛЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЖЕНЩИН.....	142
3.1. Программа психологической коррекции жизненного стиля у женщин с расстройствами пищевого поведения.....	142
3.2. Результаты апробации программы психологической коррекции жизненного стиля женщин с расстройствами пищевого поведения.....	157
Выводы по Главе 3.....	161
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	163
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	167
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	168
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	192

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Общество задает определенные, воспроизводимые рамки жизни человека и пытается сделать их более управляемыми, но при этом декларируется и провоцируется яркий индивидуализм, неповторимость каждого. В этом противоречии жизненный стиль, как совокупность воспроизводимых эталонов поведения социальных общностей, отражает некоторую предзаданность направленности жизни человека, заключенную в возможностях его личных выборов, отражаемых во внешних атрибутах жизни (особенности внешности, жилье, средства передвижения и др.). Вместе с тем, подчеркивается уникальность и неповторимость самого стиля (К.А. Абульханова-Славская, А. Адлер, Е.А. Климов, В.С. Мерлин, В.И. Моросанова, Е.В. Шорохова). Жизненный стиль помогает человеку не потеряться в подвижном, скоростном ритме жизни. Он собирает его мотивационные структуры вокруг сильного, малоизменяемого ядра – внутренних сценариев жизни.

Актуальность изучения психологических аспектов жизненного стиля, его структурных составляющих позволяют определить внутренние устойчивые основания разрешения проблем человеком. При этом в меньшей степени раскрыты психологические предикторы, позволяющие предсказать возможные типы жизненных стилей в техногенных ситуациях. В нашей работе мы обратились к важному аспекту – это проблемы расстройства пищевого поведения (РПП) женщин. Расстройствами пищевого поведения страдают более 9% населения Земли, от последствий которых почти каждый час умирает 1 человек в мире, а порядка 26% имеют суицидальные намерения.

В качестве причин расстройства пищевого поведения специалисты рассматривают: генетическую предрасположенность, гиподинамию, гормональные нарушения, неправильное питание, особенности воспитания, недовольство своим телом и др. Исходя из этих взглядов разрабатываются подходы к лечению, и на сегодняшний день накоплен довольно широкий спектр методов диетотерапии, фармакотерапии, психотерапии, в том числе гипнотерапии и т.д. (Е.Е. Ач-

касов, В.А. Доценко, А.М. Мкртумян, Л.В. Мосийчук, С.В. Подачина, С.И. Рапопорт, Л.В. Савельева, О.И. Хвостова и др.). При этом, достигнутый результат не всегда оказывается стойким и может наблюдаться смена одного расстройства другим (например, переедание, которое привело к ожирению, в результате недовольства своим внешним видом порождает склонность к анорексии). Вместе с тем, даже высокая степень самоорганизации и ответственности человека не гарантирует отсутствия возникновения и удержания негативных симптомов расстройства пищевого поведения, которые определяют его жизненный стиль.

Таким образом, актуальность исследования обусловлена необходимостью определения психологических причин, которые побуждают человека с расстройством пищевого поведения не придерживаться рекомендаций медиков и психологов относительно питания, организации адекватной динамической нагрузки и в целом здорового образа жизни и развития психоаналитической теории.

Степень научной разработанности проблемы исследования. В психологических работах практически отсутствуют научные исследования в области жизненных стилей женщин с расстройством пищевого поведения. В то время как вопрос взаимосвязи жизненных стилей и пищевого поведения особенно остро встает у современных женщин, когда происходит переосмысление традиционных гендерных ролей и трансформируется место женщины в социальной реальности.

В целом, исследование проблем в пищевом поведении личности имеет многовековую историю (М.В. Коркина). Взгляды современных отечественных ученых на расстройства пищевого поведения позволяют классифицировать их в несколько подходов: медицинский (О.А. Скугаревский, «Международная классификация болезней»), адаптационный (И.И. Федорова), психологический (У. Бройтигам, Т.Г. Вознесенская, Т.А. Донских, Ц.П. Короленко, И.Г. Малкина-Пых, А. Мичерлих, Н.Ю. Красноперова, А.В. Приленская и др.), темпоральный (Е.Н. Леонова), социокультурный (Л.А. Звенигородская, Л.Б. Лазебник,

D. Breunlin), гендерный (Е.Е. Балакирева, А.Ш. Тхостов), когнитивный (В.В. Ромацкий, Н. Bruch) и др. Психосоматическая точка зрения на проблему пищевого поведения освящена в трудах С.В. Бронниковой.

Значительное внимание отводится взаимосвязи расстройств пищевого поведения с нарушением образа тела. Представления о способах оформления внешнего облика маскулинной, феминной личности изучали А.А. Бодалев, В.А. Лабунская, проблему «телесного негативизма» личности рассматривала И.М. Быховская, О.А. Скугаревский, исследования в области «отчуждения» от себя тела проводил В.Н. Никитин, отношения к телу отдельно от души Т.С. Леви и пр. Копинг-стратегии и защитные механизмы женщин с нарушением пищевого поведения изучала Ю.Л. Савчикова.

В Зарубежной психологии исследуемой проблеме посвящены работы N. Cruz-Bermudez, S. McElroy, Y. Nishizawa, K. Ramberan, J. Rossello, W.R. Silva, C. Soutullo, P. Taylor, W. Vandereycken, R. VanDeth, T. Watson и A. Andersen и др., которые также отмечают влияние на пищевое поведение человека социально-психологических особенностей, ценностных ориентаций, восприятия образа тела и др.

Опираясь на идеи З. Фрейда об управляющем жизнью сверх-Я, представления С.Л. Рубинштейна об индивидуальной истории человека, взгляды А. Адлера о стилевой стороне жизни, мы полагаем, что психологические причины расстройств пищевого поведения можно искать в специфике способа жизни.

Среди подходов к определению жизненного стиля, его классификаций и характеристик, выделяются взгляды социологов и психологов. В рамках социологических исследований жизненный стиль рассматривается преимущественно с позиции стратификации (Е.И. Барышева, И.Н. Богданова, П. Бурдые, М. Вебер, О.В. Викторова, Т. Веблен, S. Hradil и др.), а в последние десятилетия зачастую имеет маркетинговую направленность по определению взаимосвязи с потребительским поведением (Е.А. Киселев, Р.В. Кононенко, Е.В. Носкова). Психологический взгляд на определение жизненного стиля берет начало в концеп-

ции А. Адлера, который считал, что жизненный стиль передает уникальную картину жизни человека, в которой воплощаются черты, привычки, способы поведения [А. Адлер, 2023]. Созвучные идеи высказывают Е.И. Барышева, В.В. Колпачников, Г. Олпорт, А.А. Плигин и др. При этом исследователи выделяют различные основания для классификации жизненных стилей: социальный интерес и активность (А. Адлер), факторы личностного самоопределения (В.В. Колпачников), субъективные референты (О.А. Екимчик, Г. Олпорт, О.Б. Подобина), социально востребованные черты личности (О.В. Викторова), паттерны повседневности (А.А. Плигин), личностные диспозиции (Е.И. Барышева, Т.Л. Крюкова) и т.д.

Наряду с тем, в теоретико-методологической базе, наблюдается тождественность понятия «жизненный стиль» с другими, близкими по звучанию и смыслу: «образ жизни» (Б.Г. Ананьев, Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн, В.П. Серкин и др.), «индивидуальный стиль деятельности» (В.Н. Азаров, Л.И. Волошина, Б.А. Вяткин, Е.А. Климов, В.И. Моросанова), «жизненный сценарий» (Э. Берн, А.А. Шутценбергер) «вариант жизни» (В.Н. Дружинин).

Таким образом, на фоне существующих исследований в настоящее время прослеживается ряд **противоречий**: между значительным интересом к проблеме нарушений в пищевом поведении и массивом разнородных данных об их причинах; между вниманием к вопросу жизненного стиля и большим разночтением в определении его идентификационных характеристик; между многочисленными исследованиями причин расстройства пищевого поведения и отсутствием эмпирических данных о взаимосвязи с жизненным стилем и его глубинными психологическими предикторами.

В связи с этим научная **проблема** исследования заключается в определении жизненных стилей женщин с различными расстройствами пищевого поведения (гиперфагия, булимия, анорексия), выявлении и сравнении психологиче-

ских предикторов жизненных стилей женщин с расстройствами пищевого поведения.

Цель исследования – изучить психологические предикторы жизненных стилей женщин с различными расстройствами пищевого поведения.

Объект исследования – женщины с расстройствами пищевого поведения.

Предмет исследования – типы жизненных стилей женщин с расстройством пищевого поведения.

Гипотезы исследования.

1. Предположительно каждому виду нарушенного пищевого поведения женщин может соответствовать определенный тип жизненного стиля (пластично-аффективный, ригидно-аффективный и стабильно-аффективный). При этом в структуре жизненного стиля могут быть следующие компоненты: 1) глубинный, 2) когнитивно-мотивационный, 3) поведенческий.

2. Тип жизненного стиля женщин с расстройствами пищевого поведения может характеризоваться особыми психологическими предикторами (форма привязанности, степень агрессивности и тревожности, побуждающие мотивы, психологические защиты, психотравмы, содержание и движения в сфере «Я»). Определенный вид расстройства пищевого поведения может быть связан с доминирующими специфическими побуждающими мотивами, аффектами, установками, задаваемыми внешними и внутрисемейными факторами.

3. Содержание коррекционной программы, направленной на трансформацию жизненных стилей женщин с расстройствами пищевого поведения, может быть основано на изучении и воздействии на их психологические предикторы.

Задачи исследования.

1. Осуществить теоретический анализ проблемы расстройства пищевого поведения и охарактеризовать виды расстройств пищевого поведения.

2. Дать характеристику проблемы определения сознательных и бессознательных предикторов расстройств пищевого поведения.

3. Осуществить теоретический анализ проблемы жизненного стиля и обосновать критерии дифференциации жизненных стилей женщин с расстройствами пищевого поведения.

4. Определить психологические предикторы жизненных стилей женщин с различными расстройствами пищевого поведения и женщин с нормальным пищевым поведением.

5. Определить различия в психологических предикторах жизненных стилей женщин с различными расстройствами пищевого поведения и женщин без расстройств пищевого поведения.

6. Определить жизненный стиль у женщин с различными расстройствами пищевого поведения и у женщин без расстройства пищевого поведения.

7. Выявить взаимосвязи расстройства пищевого поведения с доминирующими побуждающими мотивами и вычленить типологию жизненных стилей женщин с расстройствами пищевого поведения.

8. Разработать коррекционную программу для женщин с расстройствами пищевого поведения.

Теоретико-методологические основания исследования: положения психоаналитической концепции З. Фрейда и их приложение Э.В. Соколовым, Ф.Р. Филатовым; основы архетипической концепции К. Юнга, развиваемые С. Шпильрейн, М.-Л. фон Франц; положения судьбоаналитической концепции Л. Зонди, продолженные В. Джосом, В.И. Николаевым; теоретические основы структурно-функционального подхода (П.К. Анохин, Э. Дюркгейм, Т. Парсонс, В.Д. Шадриков); представления о жизненном стиле (А. Адлер, Г. Олпорт), жизненных сценариях (Э. Берн, А.А. Шутценбергер); концептуальные подходы к проблеме жизненного пространства (Н.В. Гришина, С.Н. Костромина, К. Левин, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн); стратегий жизни (К.А. Абульханова-Славская); описании природы личности (И.В. Абакумова, П.Н. Ермаков, Д.А. Леонтьев, В.А. Петровский и др.).

Методы и методики исследования. Для решения поставленных задач применялся комплекс теоретических и эмпирических методов исследования: теоретический анализ литературных источников, обобщение, моделирование; психодиагностические методы: тест отношения к приему пищи – «Eating Attitudes Test» (EAT-26) – для определения достоверности наличия/отсутствия симптомов расстройства пищевого поведения и его вида; проективный личностный тест с методом портретных выборов «Тест Зонди» (Л. Зонди) – для определения ведущих побуждающих мотивов личности; методика «Life Style Index» (LSI) – «Индекс жизненного стиля» (Р. Плутчик, в адаптации Е.С. Романовой и Л.Р. Гребенникова) – для определения личностной модели психологической защиты; 16-ти факторный личностный опросник Р. Кеттелла (16PF) – для оценки индивидуально-психологических свойств личности респондентов старше 16 лет; «Личностный опросник для подростков в возрасте от 12 до 16 лет» Р. Кеттелла (HSPQ) – для оценки индивидуально-психологических свойств личности респондентов 13-16 лет; тест агрессивности (опросник Л.Г. Почебут) – для оценки степени выраженности агрессивного поведения и его видов; тест тревожности Спилбергера-Ханина (Ч. Спилбергер, адаптация – Ю.Л. Ханин) – для оценки уровня ситуативной и личностной тревожности; структурированное психоаналитическое интервью.

Методы математического анализа данных: методы корреляционного, кластерного, факторного анализов, методы изучения значимости различий с помощью непараметрических критериев. Все расчеты проводились с помощью пакета прикладных программ Stat Research Excel, 2021.

Эмпирическая база исследования. Исследование проходило на базе ООО «Центр психологической безопасности» г. Ростова-на-Дону.

В исследовании приняли участие 759 человек женского пола в возрасте от 13 до 60 лет, из них: 257 человек с гиперфагией (переедание), 49 человек с булимией (чрезмерное потребление пищи, а потом избавление от нее), 78 человек

с анорексией (стремление к постоянному снижению веса), 375 человек без признаков расстройств пищевого поведения.

Достоверность и обоснованность полученных результатов исследования обеспечивается теоретико-методологической грамотностью программы исследования; теоретическо-методологическими позициями исследования; использованием комплекса методов, адекватных предмету, цели и задачам исследования; объемом и репрезентативностью выборки исследования; корректным использованием методов статистической обработки данных.

Основные научные результаты, полученные лично автором, и их научная новизна.

Выявлена структура жизненного стиля, представленная тремя компонентами: 1) глубинный – глубинный жизненный сценарий и судьба влечений, 2) когнитивно-мотивационный – установки, представления, образ жизни (отдых, досуг, самоорганизация, классовые объекты, предпочтения в моде), 3) поведенческий – паттерны повседневного реагирования.

Предложена типология жизненных стилей на основе доминирования жестких/мягких аффективных проявлений личности. Выделены следующие жизненные стили: пластично-аффективный, ригидно-аффективный и стабильно-аффективный.

Эмпирически доказано, что жизненный стиль женщин с гиперфагией характеризуется ведущей ролью мягких аффектов, где психологическими предикторами выступают: высокий уровень тревожности, подавление грубых аффектов, тенденция к моральному мазохизму, моральному садизму, повышенная потребность в привязанности, потребность в социальном одобрении, консерватизм, регрессия, компенсация и отрицание как ведущие психологические защиты.

Определено, что жизненный стиль женщин с анорексией характеризуется ведущей ролью грубых аффектов, с такими психологическими предикторами как: высокий и средний уровень агрессии, агрессия и садизм, навязчивое Я, от-

сутствие потребности в привязанности, замещение и реактивные образования – главные психологические защиты, нонконформизм, острая нарциссическая, генитальная и эдипальная психотравмы.

Жизненный стиль женщин с булимией характеризуется ведущей ролью грубых аффектов, со следующими психологическими предикторами: высокий и средний уровень агрессии, агрессия и садизм, тотальный нарциссизм и интроекция, амбивалентность потребности в зависимости/независимости, замещение и реактивные образования как главные психологические защиты, нонконформизм, острая нарциссическая, генитальная и оральная психотравмы.

Выявлено, что жизненный стиль у большинства женщин без расстройств пищевого поведения характеризуется уравновешенностью и стабильностью аффективной сферы, в связи со сбалансированностью его психологических предикторов.

Апробирована программа оказания помощи по коррекции жизненного стиля для нормализации веса женщин.

Теоретическая значимость исследования. Систематизированы психологические знания о жизненных стилях женщин с нарушенными видами пищевого поведения. Предлагается новый взгляд на рассмотрение проблем пищевого поведения человека через определение жизненного стиля. Раскрыты теоретические подходы к содержательным основаниям вычленения типологии жизненных стилей. Получил теоретическое обоснование феномен «удержания проблемы», способствующий стагнации в пищевом поведении человека и мешающий в развитии личности. Результаты исследования получили научное обоснование и ценны в таких областях как общая и социальная психология, психология личности, психология здоровья.

Практическая значимость исследования. Результаты исследования закладывают основы построения коррекционных программ, способствующих поддержанию психического и физического здоровья населения, что отвечает требованиям решения проблемы национальной безопасности России. Будут по-

лезны для центров по снижению веса, в психиатрии, детской психологии и педагогике, занимающейся разработкой рекомендаций для родителей по воспитанию детей и подростков. Результаты исследования могут быть включены в разработку содержания учебных курсов вузов таких как, «Психология личности», «Общая психология», «Деструктивное поведение», «Психология здоровья», «Клиническая психология» и др.

Положения, выносимые на защиту.

1. Тип жизненного стиля соответствует различным видам нарушенного пищевого поведения женщин. Жесткие/мягкие проявления аффективной сферы, представления, поведенческие стереотипы способствуют формированию следующих типов жизненных стилей: пластично-аффективный, ригидно-аффективный и стабильно-аффективный.

2. Структура жизненного стиля представлена тремя компонентами: 1) глубинный, который включает глубинные жизненные сценарии и судьбу влечений, 2) когнитивно-мотивационный – установки, представления, образ жизни (отдых, досуг, самоорганизация, классовые объекты, предпочтения в моде), 3) поведенческий – паттерны повседневного реагирования.

3. Психологические предикторы жизненного стиля – это побуждающие мотивы, виды психотравм, формы привязанности, содержание и динамика в сфере «Я» способствуют удерживанию психологической проблемы женщин с расстройствами пищевого поведения. Доминирующие побуждающие мотивы, аффекты и установки под воздействием психологических травм, форм привязанности или транслируемых паттернов поведения по родовым связям в семье, взаимосвязаны с определенным видом расстройства пищевого поведения.

4. Воздействия на побуждающие мотивы, аффекты, установки, которые являются предикторами жизненного стиля женщин с расстройством пищевого поведения, составляют основу для построения коррекционной программы расстройств пищевого поведения.

Апробация и внедрение результатов исследования. Основные положения, выводы, результаты работы обсуждались на заседаниях кафедры «Общая и консультативная психология» факультета «Психология, педагогика и дефектология» Донского государственного технического университета (Ростов-на-Дону, 2020-2022); были представлены на: Международной научно-практической конференции «Информационные технологии в образовании: психология, педагогика, дефектология (ITE-2021)» (Ростов-на-Дону, 2021); Международной научно-практической конференции в онлайн-формате «Общение в эпоху конвергенции технологий» (Москва, 2021); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы психологии в образовании и социальной сферы» (Мурманск, 2021); Всероссийском научно-практическом конгрессе «Новый мир – Планета психотерапии» (Москва, 2021); Всероссийской (национальной) научно-практической конференции «Актуальные проблемы науки и техники. 2021» (Ростов-на-Дону, 2021); E3S Web Conference Ural Environmental Science Forum «Sustainable Development of Industrial Region» (Chelyabinsk, February 17-19, 2021); Практической онлайн конференции по супервизии с международным участием в рамках Преконгресса IX Всемирного конгресса по психотерапии 2022 (Москва, 2022).

Материалы диссертационного исследования используются в деятельности Донского государственного технического университета (Ростов-на-Дону), Южно-Российского гуманитарного института (Ростов-на-Дону), Интернационального института консультирования и психотерапии имени Х. Лейнера «Институт символдрамы» (Ростов-на-Дону).

Публикации. По теме исследования опубликовано 11 печатных работ общим авторским объемом 5,7 п.л., из них 1 работа – в издании, входящем в базы данных международных индексов научного цитирования Scopus и Web of Science, 3 работы – в журналах, рекомендованных ВАК РФ для публикации материалов кандидатских диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения; трех глав; заключения, включающего основные выводы, практические рекомендации и перспективы дальнейшего исследования проблемы; списка использованной литературы, включающего в себя 213 источников, из них 36 источников – на иностранных языках; 14 приложений. Работа иллюстрирована 16 рисунками и 2 таблицами. Основной объем работы составляет 191 страницу.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕДИКТОРОВ ЖИЗНЕННЫХ СТИЛЕЙ ЖЕНЩИН С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

1.1. Теоретический обзор изучения проблемы нарушенного и нормального пищевого поведения

1.1.1. Психологическая характеристика понятия «пищевое поведение»

Поведение – это некое действие, социальная активность личности, которое имеет мотивационную основу, цель, внешние проявления и т.д. Поведение – это социальная сторона человека, которая позволяет увидеть то, как человек реагирует на те или иные ситуации, чем живет, чем интересуется, как относится к определённым ситуациям и пр. Поведение позволяет человеку взаимодействовать с внешним миром.

В основе идей о поведении лежат воззрения бихевиоризма И.П. Павлова, который изучал рефлексy. По его мнению, в основе поведения находится стимул-реакция [120].

В.Ю. Большаков в своей теории рассматривает эволюцию поведения как «усложнение поведенческого акта от раздражимости до деятельности». Цепочка поведенческой эволюции выглядит так: раздражимость – безусловный рефлекс – условный рефлекс – инстинкт – деятельность. Каждое нижестоящее звено присутствует в вышестоящем, а каждое последующее – в предшествующих в форме обратной связи» [24, С. 43].

Безусловно, поведение – это сложно организованная структура, находящаяся в чёткой иерархии действий, что позволяет быть активным в различных ситуациях и на различных этапах жизнедеятельности.

Поведение может характеризоваться как одобряемое или деструктивное, не приемлемое, на что влияет стиль жизни человека, его образ мысли, социальное окружение, положение в обществе и пр.

Отметим, что поведение может охватывать большой спектр социально-психологических феноменов, в том числе и связанных с приемом пищи. В настоящее время, в современных условиях жизни пища становится неким ритуалом для человека, когда можно наблюдать целые группы людей, которые считают себя гурманом, вегетарианцем, сыроедом и пр. На пище и культуре еды основано множество шоу, телепередач, порой негативно влияющих на сознание человека.

Проблемы пищевого поведения в рамках общей психологии представляют собой пласт вопросов, охватывающих совокупность, определяющую целостность личности, ее гармоничность/дезгармоничность, аутентичность, ответственность, вину/свободу, конгруэнтность/неконгруэнтность самой с собой, личностной ценности, осознанности, осмысленности. Вопросы представленности личности в жизни, ее полноценность.

В фокусе вопрос о выборе человеком жизненного стиля и описание сознательных и бессознательных механизмов этого выбора. С позиции общей психологии решаются задачи гармонизации поведения личности в целом и пищевого поведения в частности.

Исследование проблемы нарушений пищевого поведения имеет многовековую историю [76], однако наибольший интерес отмечается с середины 20 столетия, когда привлекает внимание специалистов различных областей науки и практики (медицина, психология, психиатрия, физиология).

Обращаясь к психологическому анализу данной проблемы, В.Д. Менделевич под пищевым поведением понимает ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, ориентацию на образ собственного тела и деятельность по его формированию [104, С. 281].

Уточняя настоящее понятие, И.Г. Малкина-Пых отмечает, что пищевое поведение включает в себя установки, формы поведения, привычки и эмоции, касающиеся еды, которые индивидуальны для каждого человека [101, С. 14].

Ряд зарубежных исследований установили взаимосвязь между пищевым поведением и образом своего тела, стремлением к худобе [189, 203], также обусловленные ценностными ориентациями и психологическими установками человека.

Бразильский исследователь W. Roberto da Silva с коллегами рассматривают пищевое поведение как часть качества жизни и определяют его как набор представлений и привязанностей к еде, которые тесно связаны с психологическими и социокультурными проблемами [204].

Схожее восприятие встречается и у американских специалистов, где пищевое поведение – это предпочтения, которые человек выбирает в своем рационе, а также тип пищевых привычек, которые есть у человека [191]. По их мнению, пищевые привычки влияют на психологическое состояние и характер сновидений человека. Они отмечают, что пищевое поведение, вызванное состоянием депрессии и расстройствами настроения, приводит к ненужному приему пищи и развитию негативных сновидений.

По мнению Р. Фрэнкин, пищевое поведение детерминировано различными побуждающими психологическими факторами (наступило время для приема пищи, желание получить удовольствие, скука, идентификация с окружающими, стресс и др.) [165]. Кроме того, стереотипы приема пищи могут закладываться в детстве и зависеть от пищевого поведения родителей. Таким образом пищевое поведение человека определяет не только биологическая потребность в еде, но и полученный опыт и психологические паттерны.

С позиции Л.Б. Лазебника, пищевое поведение, которое составляет культуру и стиль питания, режимы приема пищи и вкусовые предпочтения, также зависит от биологических, социальных, семейных и других факторов [88].

Е.Н. Леонова рассматривает пищевое поведение как пространственно-временную организацию активности субъекта, регуляция которой опосредована определенным симптомокомплексом половозрастных, психологических и социально-психологических особенностей личности [94, С. 176].

Говоря о психологической составляющей, процесса приема пищи, стоит отметить и взгляды В. Бройтигам об аффективной напряженности, когда особенности пищевого поведения являются отражением потребностей и эмоционального состояния человека: чувства любви, ярости, протеста, стыда, а также могут служить выражением межличностных и внутренних конфликтов [26, С. 95-96]. Культура, привычки и личные ценности также имеют значение в приеме пищи.

Ю.И. Савенков пищевому поведению определил такие психологические функции как: разрядка психоэмоционального напряжения, чувство наслаждения, выступающее самоцелью, общение, самоутверждение, поддержание определенных ритуалов и привычек (религиозных, национальных, семейных и иных традиций и стереотипов), компенсация неудовлетворенных потребностей (в общении, родительской заботе и др.), награда и поощрение за счет вкусовых качеств пищи [141].

Таким образом, исходя из анализа имеющихся взглядов на понятие пищевого поведения, можно отметить его общие характеристики, среди которых:

- психологическая регуляция пищевого поведения обусловлена потребностно-мотивационной сферой человека;

- пищевое поведение – психологическая реакция на внешние и внутренние факторы, которые оказывают различное специфическое влияние на его особенности;

- к числу внутренних факторов относятся: психоэмоциональные состояния и реакции (стресс, волнение, страх, раздражение и т.п.), физическое самочувствие, привычки, стереотипы поведения (в т.ч. заложенные в детстве), личные ценности, биологические потребности и т.д.;

- к числу внешних факторов относятся: культура, внешний вид и прочие значимые характеристики пищи, влияющие на ее выбор и потребление (запах, органолептические свойства, соотнесение с личными представлениями о «по-

лезности/вредности» и т.п.), «мода» на тот или иной тип питания, «стандарты красоты», транслируемые СМИ и обществом и др.

Вместе с тем, несмотря на широкий круг работ по вопросам пищевого поведения и его нарушений, понятие и критерии так называемого «нормального» или «здорового» пищевого поведения, не представлены. В отечественной литературе имеются лишь упоминания о нем.

Так, например, Л.А. Звенигородская к пищевому поведению относит все компоненты поведения человека, которые присутствуют в нормальном процессе приема пищи. При этом подчеркивает, что при нарушении соотношения гормонов голода и насыщения чаще всего формируется атипичное пищевое поведение, ведущее к ожирению [56].

И.Г. Малкина-Пых разделяет пищевое поведение на гармоничное (адекватное) или девиантное (отклоняющееся), в зависимости от таких параметров, как: место приема пищи в иерархии ценностей личности, количественные и качественные показатели питания, этнокультурные факторы, эмоциональные факторы, наличие стресса, жизненные цели и др., рассматривая их значение и влияние на данный процесс, но не выделяя четких критериев гармоничного пищевого поведения [101].

Среди зарубежных исследований можно встретить классификацию стилей питания, включающую указание на здоровый стиль пищевого поведения, но также не дающий исчерпывающей характеристики. Выделенные 4 стиля питания (здоровый, здоровый с проблемами, нездоровый и нездоровый с проблемами), определены исходя из 6 независимых предикторов (частота приема здоровой и нездоровой пищи, частота завтраков и перекусов, общее качество питания, наличие проблем в пищевом поведении) и не затрагивают психологическую составляющую этого процесса [184].

Наряду с тем, в значительной мере существуют описания нарушенного пищевого поведения, из чего можно заключить, что к условной норме можно отнести то, что не является нарушением.

Опираясь на изложенные представления, можно дать рабочее определение понятию «пищевое поведение» – это стиль и культура питания, включающие тип отношения к пище, режим питания, пищевые предпочтения и привычки, являющиеся отражением ценностей и психоэмоциональных реакций человека. В настоящее время активно изучается вопрос по поводу нарушений пищевого поведения, которое приводит к различным трансформациям личности в психологическом плане.

Далее мы обратимся к анализу существующих отечественных и зарубежных классификаций нарушений пищевого поведения.

1.1.2. Виды расстройств пищевого поведения и проблема определения их психологических предикторов

К настоящему времени сложилось несколько подходов к определению и типологизации расстройств пищевого поведения (РПП): медицинский, адаптационный, психологический, социокультурный, гендерный, когнитивный и др.

С точки зрения медицинского аспекта, О.А. Скугаревский отмечает, что РПП – это расстройство, для которого характерно: отчетливое нарушение пищевых привычек или поведения по контролю массы тела; эти нарушения или наблюдаемые симптомы РПП приводят к клинически значимому повреждению соматического здоровья или психосоциального функционирования (нарушение питания и сопутствующую переоценку формы и массы тела); поведенческие нарушения не должны быть следствием любых соматических или иных психических расстройств [145].

Клинические варианты РПП отражены в двух ведущих справочниках психических расстройств: DSM-V [187] и международной классификации болезней [194].

В DSM-V представлены следующие виды РПП: нервная анорексия, нервная булимия, компульсивное переедание, избегающее/ограничительное расстройство приема пищи, пика, руминация, другое уточненное расстройство

пищевого поведения или приема пищи, неуточненное пищевое поведение или расстройство приема пищи [187].

В «Международной классификации болезней» 11-го пересмотра (МКБ-11) (введена в действие с 01 января 2022 года), разработанной ВОЗ и применяемой в том числе в нашей стране, нарушения пищевого поведения содержатся в разделе «Психические, поведенческие или неврологические расстройства» и включают в себя схожие заболевания: нервная анорексия, нервная булимия, расстройство пищевого поведения при переедании, расстройство, связанное с ограничением потребления пищи, избегающей употребления, пика, расстройство жевания-срыгивания, другие определенные расстройства питания или пищевого поведения, расстройства питания или пищевого поведения неуточненные [194].

Общими характеристиками обеих классификаций является описание РПП как ненормального пищевого поведения с заикленностью на еде, ухудшающего физическое состояние и приводящее к видимым проблемам с весом и формой тела (в т.ч. к ожирению).

Далее перейдем к описанию каждого из видов расстройств, отраженных в указанных классификаторах.

Нервная анорексия (НА) характеризуется значительно низкой массой тела для роста, возраста и стадии развития человека, что не связано с другим состоянием здоровья или отсутствием пищи [194]. Отличается преднамеренным ограничением снижения потребления энергии (ограничение в еде) для уменьшения веса и препятствия его набору, в сочетании со страхом стать толстым, что является ключевым для самооценки [187, 193, 194]. Так, данное расстройство отражает специфическую психопатологическую боязнь ожирения, которая становится навязчивой мыслью и человек устанавливает для себя низкую границу массы тела, которую он поддерживает в том числе с применением слабительных и мочегонных средств, самоиндуцированной рвоты, повышенных физических нагрузок, изнурительных диет и т.п. Магистральным признаком НА

служит критическая потеря веса и истощение организма. Даже при достижении изначально установленных низких показателей своего веса, человек по-прежнему делает всё, чтобы похудеть еще, он продолжает считать себя толстым в глобальном смысле либо относительно отдельных частей тела. Нарушение собственного восприятия веса или формы – отличительная особенность людей с НА. Наряду с этим, у многих из них может возникать депрессия, проявляющаяся в подавленном настроении, социальной изоляции, раздражительности, бессоннице и снижении интереса к сексу [187].

Стоит отметить, что в большей степени к анорексии склонны представительницы женского пола и всего в 5% это расстройство проявляется у мальчиков, юношей и мужчин [132]. Как правило, чаще обнаруживается у девочек подросткового возраста и девушек в возрасте 13-20 лет, реже начало НА приходится на препубертатный период и зрелый возраст [10].

Нервная булимия (НБ) характеризуется частыми, повторяющимися эпизодами переедания, во время которых человек теряет контроль над едой, ест значительно больше, чем он сам или другие в аналогичный промежуток времени и при аналогичных обстоятельствах, чувствует, что не может перестать есть или ограничить тип или количество съеденной пищи [187, 194]. Эпизоды переедания сочетаются с повторяющимся неадекватным компенсаторным поведением, нацеленным на предотвращение прибавления веса, как и при нервной анорексии (самоиндуцированная рвота, клизмы, прием слабительных и мочегонных препаратов, интенсивные физические нагрузки и т.д.). Человека также беспокоит его вес и форма тела, оказывающие значительное влияние на самооценку. Наряду с тем наблюдается обеспокоенность своим перееданием и следующим за ним компенсаторным поведением, проблемами в личной, семейной, профессиональной и других областях жизни.

Несмотря на наличие поведения, соответствующего НА, нервная булимия все же имеет ряд отличительных особенностей:

– повторяющиеся приступы переедания (так называемые «эпизоды компульсивного переедания») – неконтролируемое потребление большого объема пищи в дискретный период (как правило, продолжительностью до 2 часов). При этом эпизод может начаться в одной обстановке (например, на работе, в ресторане или гостях) и закончиться в другой (дома или по дороге домой). Частые перекусы малыми объемами на протяжении дня, в данном случае, перееданием не считаются. Главным признаком переедания здесь выступает потеря контроля, т.е. неспособность воздержаться от еды или прекратить прием пищи после того, как она была начата [187]. В то же время утрата контроля может быть не сплошной, например, человек может есть пока звонит телефон, но перестанет, когда кто-нибудь войдет в помещение, т.к. люди с НБ, как правило, скрывают свою проблему и стараются, чтобы их приступы остались втайне. Эпизод переедания длится пока человек не ощутит тяжесть и дискомфорт;

– повторяющееся неадекватное компенсаторное поведение для предотвращения увеличения веса, именуемое очистительным поведением. В данной ситуации вызов рвоты облегчает физический дискомфорт и снижает страх прибавки веса, но в отдельных случаях она может стать для человека самоцелью. Как правило, люди с НБ используют не какой-то один способ «очищения», а комплекс компенсационных методов, где характерной особенностью является злоупотребление ими;

– переедание и неадекватное компенсаторное поведение возникают в среднем не реже 1 раза в неделю. Для установления диагноза длются не менее чем в течение 3 месяцев.

За счет одержимости своим весом и формой тела, приводящей к цикличности очистительного поведения, у людей с НБ, как правило, наблюдается нормальный или избыточный вес, а ожирение встречается гораздо реже [187]. Также данное расстройство чаще встречается у женщин, нежели у мужчин.

Расстройство пищевого поведения при переедании [194] и *компульсивное переедание* [187] также, как и при НБ характеризуется эпизодами переедания,

однако после них не следует очистительного поведения. Данные эпизоды связаны как минимум с тремя из следующих показателей: человек ест значительно быстрее обычного; ест, пока не ощутит физический дискомфорт; съедает большое количество пищи при отсутствии чувства голода; скрывается при приеме пищи, т.к. стесняется объемов съедаемого; после приступов переедания испытывает чувство вины, отвращения к себе и депрессии. Наблюдается явный дистресс из-за такого поведения. В клинической форме приступы переедания отмечаются не менее одного раза в неделю в течение 3 месяцев.

Указанное расстройство чаще встречается у людей с избыточным весом и ожирением, но может быть и у людей с нормальной массой. При этом большая часть лиц с ожирением не страдают компульсивным перееданием, а просто употребляют повышенное количество калорий в день [187]. Соотношение встречаемости переедания у мужчин и женщин менее выражено, чем при нервной булимии.

Расстройство, связанное с ограничением потребления пищи, избегающей употребления [194] или *избегающее/ограничительное расстройство приема пищи* [187] – избегание или ограничение употребления продуктов питания, приводящее к клинически значимому неудовлетворению потребности в питательных веществах и энергии, существенному снижению веса, зависимости от энтерального питания или пероральных пищевых добавок, а также нарушениями в психосоциальной деятельности (например, прием пищи вместе с другими людьми). При этом, данному расстройству не характерна обеспокоенность своим весом или формой тела, как при НА или НБ.

Стоит отметить, что нормальное возрастное поведение (напр., избирательность в еде у детей, снижение аппетита у пожилых), культурные или религиозные установки (пост, запрет на употребление определенных продуктов), медицинская или обычная диета, использование альтернативных способов питания по медицинским показаниям – не относятся к РПП. Причинами ограничения в пище как расстройства, могут являться: отсутствие интереса к еде, чув-

ства голода, сниженный аппетит, в т.ч. длительные, избегание продуктов с определенными сенсорными характеристиками (например, запах, вкус, внешний вид, текстура, цвет, температура) или беспокойство по поводу предполагаемых неприятных последствий приема пищи (например, удушье, рвота, проблемы со здоровьем), что в некоторых случаях обусловлено историей неприятных ощущений, связанных с едой, таких как удушье или рвота после употребления определенного вида пищи. Однако во многих случаях не существует идентифицируемого события, которое предшествовало бы возникновению расстройства [194].

Избегающее/ограничительное расстройство приема пищи чаще возникает у детей, чем у взрослых. Однако, во взрослом возрасте такое поведение может сохраняться и особенно может проявляться, если его причиной является негативный пищевой опыт [187].

Пика характеризуется регулярным потреблением непитательных веществ, таких как непродовольственные предметы и материалы (мыло, ткань, глина, почва, мел, штукатурка, пластик, металл, бумага и т.д.) или сырых пищевых ингредиентов (например, большое количество соли или кукурузной муки) в течение более 1 месяца лицами, способными к различению съедобного и несъедобного (дети старше 2-х лет, без иных психических расстройств (нарушения интеллектуального развития, шизофрения, расстройства аутистического спектра и др.), без иных особых состояний здоровья (напр., беременность)). Такое поведение наносит значительный вред здоровью и может быть смертельным (в зависимости от количества и типа употребляемых веществ). Начало пикацизма может возникнуть в детском возрасте, в т.ч. у детей с нормой развития. У взрослых, как правило, данное нарушение проявляется на фоне другого психического расстройства.

Руминация [187] или *расстройство жевания-срыгивания* [194] – это преднамеренное и повторное возвращение ранее проглоченной пищи обратно в рот (срыгивание) для повторного пережевывания и проглатывания (жевание)

либо сплевывания. Такое поведение в клиническом варианте наблюдается несколько раз в неделю в течение более 1 месяца и не обусловлено желудочно-кишечным или иным заболеванием.

У лиц с руминацией срыгивание происходит специально с относительной легкостью, которое доставляет им некоторое удовольствие. При этом они могут стыдиться своего поведения, осознавая его социальную неприемлемость, в связи с чем скрывают его от других. Данное расстройство может быть, как непрерывным, так и эпизодическим. Причиной эпизодической руминации может являться тревога или стресс [194]. Начало расстройства наблюдается преимущественно в детском возрасте, но может проявляться и в период взрослости. Среди взрослых, в большей степени, встречается у лиц с ментальными нарушениями и расстройством аутистического спектра и выполняет самоуспокаивающую или самостимулирующую функцию, аналогичную функции других повторяющихся двигательных действий, такие как мотание головой и раскачивание [187].

К другим расстройствам пищевого поведения относятся вышеуказанные расстройства, но без проявления одного из его показателей или с характеристикой низкой частоты. Например, «Атипичная нервная анорексия»: соблюдаются все критерии НА, кроме значительной потери веса, когда масса человека находится в пределах или его выше нормы.

Неуточненным расстройством пищевого поведения и питания считаются проявления, при которых наблюдаются симптомы, характерные для РПП, вызывающие нарушения в значимых сферах жизни, но не отвечающие общепринятым диагностическим критериям.

С точки зрения адаптации, И.И. Федорова в своем исследовании определяет, что расстройства пищевого поведения – это результат сложного взаимодействия конституционально-биологических, социокультуральных и психологических факторов [157]. К числу последних относится неумение совладать со стрессовыми ситуациями, сложности в дифференцировке и вербализации соб-

ственных чувств и эмоций, высокий уровень реактивной тревожности в психотравмирующих ситуациях [157].

С позиции психологического подхода, в отечественной литературе РПП нередко рассматривается как проявление аддиктивного поведения (Т.А. Донских, Ц.П. Короленко, Н.Ю. Красноперова, И.Г. Малкина-Пых, А.В. Приленская, А.В. Ротов и др.) и ставится в один ряд с другими видами зависимости: алкогольной, никотиновой, наркотической, игровой и др.

В частности, Ц.П. Короленко в числе аддикции к еде выделяет переедание и голодание. В случае с перееданием аддикция к еде возникает тогда, когда еда используется в виде аддиктивного агента, применяя который человек уходит от неустраивающей его субъективной реальности [78, С. 335]. Так человек «заедает» неприятности – фокусируясь в этот момент на вкусовых ощущениях, он вытесняет в подсознание психологически неприятный для себя материал. Формирование психологической зависимости здесь происходит за счет легкого и доступного способа контроля своего настроения с помощью еды.

Одним из психологических механизмов голодания как аддиктивного поведения, Ц.П. Короленко отмечает желание изменить свое физическое состояние, стремление выглядеть «лучше», а также подкрепление чувства самоудовлетворенности и гордости от выполнения поставленной для себя задачи, которое можно сравнить со стремлением к спортивному достижению. При этом гордость от постоянного ограничения себя в еде и снижения веса, в определенный момент приводит к потере контроля и разрыву с реальностью, возникает отвращение к еде, приводящее к сильному физическому истощению.

Рассматривая процесс формирования пищевой зависимости В.А. Приленская выделяет 3 стадии ее развития: психологическая зависимость (гиперфагическая стадия), физическая зависимость (булимическая стадия), аноректическая стадия [130].

Начальная стадия пищевой зависимости имеет схожие признаки с другими формами аддиктивного поведения, среди которых: повышение толерантно-

сти, т.е. увеличение количества потребляемой пищи, потеря контроля над объемом и массой съедаемой пищи, ситуационного контроля (перекусы за компанию и т.п.); симптом «опережения круга» (еда второпях); анозогнозия, как защитный психологический механизм (отрицание поглощения большого количества пищи с оправданием увеличения массы тела наследственными и иными факторами).

На булимической стадии тяга к еде обретает компульсивный характер, возникают приступы обжорства, количество съедаемой пищи увеличивается, круг потребностей все больше сводится к еде, чувство аппетита становится непреодолимым. На третьей, аноректической стадии толерантность снижается, зависимость усиливается, еда выступает единственным стимулятором активности человека, наблюдаются явления общей деградации [130].

При этом, у лиц с пищевой зависимостью сознание преимущественно ограничено удовлетворением базовых потребностей, в то время как надличностные уровни сознания оказываются вне социально обусловленных форм поведения.

Еще одна из наиболее распространенных классификаций включает в себя три типа РПП: экстернальное, эмоциогенное, ограничительное [36].

При *экстернальном* типе пищевого поведения влечение к еде вызвано не подлинным чувством голода, а внешними стимулами (накрытый стол, запах и внешний вид еды, реклама продуктов питания, принимающий пищу человек и т.п.). Ведущим импульсом потребления пищи является ее доступность, что приводит к частым перекусам, перееданию во время застолий и т.д., и в конечном счете, к ожирению.

По данным исследований Т.Г. Вознесенской, практически у всех лиц с ожирением наблюдается проявление данного типа пищевого поведения, в то время как у людей с нормальным весом, усиленная реакция на внешние стимулы проявляется лишь в состоянии голода и зависит от промежутков между при-

емами пищи, ее количества и состава. У лиц с ожирением такая взаимосвязь отсутствует [35].

Эмоциогенный тип пищевого поведения, именуемый также «гиперфагическая реакция на стресс», «эмоциогенное переедание», «пищевое пьянство», характеризуется влечением к еде в ситуации негативного эмоционального состояния: при тревоге, раздражении, скуке, обиде, страхе и т.д. [36, 112]. Это сравнимо с аддиктивным перееданием по Ц.П. Короленко, когда человек «заедает» свои печали и неприятности.

Имеется ряд стрессовых событий, после которых в наибольшей степени происходит обострение эмоциогенного типа пищевого поведения, в числе которых: неприятности с близкими, неверность супруга, конфликты в семье и/или на работе, переживания субъективной ненужности и др. [35].

Эмоциогенное пищевое поведение может также проявляться в следующих формах: компульсивное переедание и синдром ночной еды.

Характерной особенностью компульсивного переедания являются ограниченные во времени эпизоды переедания, продолжительностью до 2-х часов, когда человек теряет самоконтроль, съедает больше и быстрее обычного, не испытывая при этом чувства голода и останавливается лишь при переполнении желудка или появлении посторонних лиц. Вслед за приступом человек испытывает чувство вины, стыда, отвращение к себе из-за своего неадекватного поведения и случившегося срыва. Так создается порочный круг: отрицательные эмоции провоцируют новые приступы. В клинической форме приступы происходят не менее 2 раз в неделю в течение полугода.

Компульсивное переедание также наблюдается у лиц с ожирением в связи с отсутствием у них компенсаторного поведения, характерного для нервной булимии (употребление слабительных и мочегонных средств, вызов рвоты), что приводит к набору веса [36, 206].

А. Stunkard описал «синдром ночной еды», проявляющийся в анорексии, гиперфагии, нарушении сна. При данном нарушении в утренние часы наблюда-

ется снижение или отсутствие аппетита, которое в течение дня усиливается и к вечеру приводит к перееданию. Предпочтение отдается высококалорийной пище. При этом человек не может заснуть, не употребив большого количества еды. Сон у таких людей поверхностный, тревожный, сочетается с пробуждением для приема пищи. Частота приступов ночного переедания прямо пропорциональна негативному эмоциональному состоянию в течение дня.

Для третьего – *ограничительного* типа пищевого поведения характерны чрезмерные самоограничения в приеме пищи и бессистемные диеты, которые чередуются с периодами гиперфагии. При таком поведении человек постоянно пребывает в стрессовом состоянии, т.к. в периоды самоограничения мучается от голода, а во время переедания – от угрызений совести.

В целом психологические теории объясняют расстройства пищевого поведения, основываясь на разнообразных психологических факторах. Ю.О. Константинова, М.В. Зеленская в своей работе проводят обзор некоторых теорий формирования расстройств пищевого поведения [74].

Так, с позиции психоанализа, прием пищи – это оральный регресс, или во время еды человек как бы возвращается к состоянию спокойствия, тепла и умиротворения возле матери. В этом аспекте З. Фрейд указывал на тесную связь истерии с анорексией, причиной которой является вытеснение оральной сексуальности и отвращение, блокирующее импульсы. Формирование же расстройства объясняется механизмом конверсии – проявления психических симптомов на телесном уровне [161].

Ф.М. Александер в теории специфического психодинамического конфликта отмечал, что вегетативный невроз – это не способ разрядки эмоционального напряжения, а физиологический ответ на перманентное психологическое состояние [5]. То есть можно заключить, что корни РПП стоит искать в застоявшихся эмоционально-напряженных состояниях.

П. Кейсмент, опираясь на теорию объектных отношений, одной из причин переедания видел нарушение границ «Я» личности, где гиперфагия выступает бессознательным протестом против значимого объекта (матери) [66].

H.L. Kaplan, H.S. Kaplan при объяснении эмоционального фактора ожирения говорили о сочетании концепции социального научения и теории стресса, что позволяет сделать вывод о том, что пусковым механизмом переедания является эмоциональная сфера. Нередко человек ест из-за плохих эмоций, проблем, тем самым «зажевывая» свою скуку, одиночество и пр. [195].

Часто нарушение пищевого поведения связывают с расстройством образа тела [51, 62, 92, 156, 203, 207 и др.] и самоотношением [153]. Вопрос изучения образа тела является популярным и достаточно хорошо изученным в социально-психологическом подходе [21, 29, 87, 114], который состоит из перцептивных искажений, недовольством собой, своей внешностью, чрезмерной обеспокоенностью о своем теле и внешности, страха набрать вес.

На развитие отрицательного отношения к своему телу и своей внешности сильное влияние оказывает мнение близких и друзей, что приводит к формированию неадекватно заниженной или не адекватно завышенной самооценке, к появлению проблем в коммуникации с окружающими [114].

В контексте РПП данное видение проблемы находит отражение в социокультурной теории (D. Breunlin), где социум диктует стандарты красоты и воспринимает физическое совершенство в виде стройности, достигаемой трудолюбием, целеустремленностью и высоким самоконтролем. При этом в общественном мнении закрепляется негативное восприятие лишнего веса, как проявления личностной слабости, отсутствия самодисциплины и выдержки [74].

Большое внимание социальным факторам придаёт и В.В. Ромацкий, отмечая, что средства массовой информации, с одной стороны, продвигают неадекватные, нереалистичные взгляды на образ тела и культуру похудения, а с другой – активно рекламируют высококалорийные продукты [137].

Наряду с тем, в значительной мере на развитие РПП оказывают влияние особенности стиля семейного воспитания, детско-родительских и межличностных отношений [45, 76 и др.]. Исследователи отмечают роль как пищевых паттернов, формируемых в семье (склонности к тому или иному типу питания: вегетарианство, жирная пища, фастфуд, полезное питание; режим и культура питания и т.д.), так и транслируемых ценностей, сознательных и бессознательных установок, отношений и т.п.

Если брать во внимание гендерный, культурный и когнитивный аспект, интересно отметить суждения Е.Н. Леоновой, которая пересмотрела классическую типологию пищевого поведения с позиции представленности каждого социально-психологического типа пищевого поведения определенным симптомокомплексом специфических особенностей: половозрастных, психологических, социально-психологических [94].

С точки зрения Н. Bruch, в основе нарушения питания находятся психодинамические и когнитивные механизмы. Например, нарушенные взаимоотношения матери и дочери – это причина нарушения в питании, как дефицит когнитивной функции [181].

Таким образом, перечисленные подходы раскрывают различные аспекты проблемы нарушений пищевого поведения и, несмотря на многообразие взглядов, большей частью разделяют положение о многомерности и мультифакторности данных нарушений. При этом основная часть работ по проблеме носит прикладной, практический характер и совсем немного работ общетеоретического, психологического плана, которые в меньшей степени отражают подход, связанный с бессознательными механизмами формирования расстройств пищевого поведения.

Несмотря на значительное количество разновидностей РПП, чаще всего во взрослом возрасте, и особенно у женщин, наблюдается нервная анорексия и нервная булимия, а также переедание, приводящее к лишнему весу и ожирению. В связи с этим внимание настоящего исследования будет обращено к

определению скрытых психологических причин именно этих видов расстройств пищевого поведения у представительниц женского пола. Исследования пищевого поведения приводят нас к мысли, что именно стиль жизни во многом связан с проблемами пищевого поведения.

1.2. Проблема изучения жизненного стиля в психологической теории и практике

1.2.1. Соотношение понятия «жизненный стиль» с близкими ему по смыслу понятиями в различных научных подходах

Широкое распространение наблюдаемых проблем в пищевом поведении современного общества приводит к необходимости изучения одного из ключевых индикаторов жизнеустройства человека – жизненного стиля (который в большинстве работ обозначается как синоним стиля жизни).

Накопленный отечественный (К.А. Абульханова-Славская [2]; Е.И. Барышева [11]; Б.А. Вяткин [38]; Т.Л. Крюкова, М.В. Сапоровская, С.А. Хазова [85]; С.Л. Рубинштейн [139] и др.) и зарубежный (А. Адлер [4], Э. Гидденс [40], Г. Олпорт [118], Э. Фромм [164] и др.) опыт исследований данной проблематики, с одной стороны – позволяет оценить подходы к изучению жизненного стиля и его роли, с другой – вызывает необходимость в структурном анализе и дифференциации со схожими понятийными категориями, такими как «образ жизни», «жизненный сценарий», «архетип» и другие.

Изучение проблемы жизненного стиля восходит к концепции индивидуальной психологии А. Адлера, который определял жизненный стиль как реактивное образование в ответ на возникающие обстоятельства, как совокупность индивидуальных черт, особенностей поведения, динамики жизненных целей человека, способствующих маскировке и компенсации его индивидуальных дефектов, и преодолению комплекса неполноценности [4]. В последствии значение жизненного стиля было несколько расширено и стало пониматься как интегрированный стиль приспособления к жизни и взаимодействия с ней, как зна-

чение, которое человек придает миру и самому себе, его цели, направленность его устремлений и те подходы, которые он использует при решении жизненных проблем [4]. По мнению А. Адлера, стиль формируется в дошкольном детстве и в дальнейшем практически не изменяется, а только закрепляется под воздействием внешних условий. При этом, если жизненный стиль оказывается неадекватным текущим внешним обстоятельствам, то у человека может развиваться невроз, как защитный механизм собственной дезадаптивности [4].

Г. Олпорт, рассматривая мотивы и цели поведения, определяет стиль жизни как печать индивидуальности адаптивного поведения конкретного индивида [118]. Этот взгляд соотносится с позицией А. Адлера и отражает приверженность идее целостности личности.

В западных социологических исследованиях (П. Бурдье [28], М. Вебер [32], Т. Веблен [33] и др.) жизненный стиль рассматривается в контексте взаимосвязи с особенностями социальной структуры общества, в первую очередь принадлежностью личности к той или иной социальной группе, классу.

В отечественной психологии второй половины 20 века наблюдается тождественность понятий стиля жизни и индивидуального стиля деятельности. Содержательными характеристиками этих понятий выступали особенности деятельности человека, детерминированные личностными качествами, направленными преимущественно на профессиональную адаптацию (Б.А. Вяткин [38], Е.А. Климов [70], В.И. Моросанова [111]).

Наряду с тем, традиционно понятие стиля жизни рассматривалось в контексте «образа жизни» («способа жизни») [169]. В философском аспекте образ жизни определялся как интегративная характеристика всех ипостасей бытия [152]. Схожее значение придавалось с социально-психологической позиции, где образ жизни выступал как система устойчивых способов организации людьми своей жизнедеятельности [98, 122]. В работах ведущих психологических деятелей (Б.Г. Ананьев, Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн и др.) об-

раз жизни расценивался как результат специфических взаимоотношений личности с социальной средой [6, 37, 96, 139].

Существующие представления об образе жизни можно соотнести с такими понятиями, как «жизненное пространство» [54, 91 и др.] и «жизненный мир» [8, 44], которые предстают как совокупность субъективных координат ценностно-смысловой и мотивационно-потребностной сфер, определяющих способы организации жизнедеятельности человека. Жизненный стиль по отношению к этим категориям – способ поведения в данных условиях.

В психологической науке значительное внимание также уделяется исследованию дефиниций «жизненный путь» [2, 6, 139 и др.], «жизненный сценарий» [16], «варианты жизни» [50] и их дифференциации с понятием «жизненный стиль» [108, 127]. Так, Б.Г. Ананьев трактует жизненный путь как историю формирования и развития личности в определенных условиях времени и пространства (эпохи, общества) при проявлении индивидуальности и субъектности в сфере деятельности и общения [6]. С.Л. Рубинштейн определяет жизненный путь личности как движение вверх к достижению личностного совершенства [139]. Зарубежные авторы анализируют жизненный путь с позиции оттогенеза (Д. Мак-Адамс, Д. Левинсон, Р. Хевигхерст), событийности (Б. Хопсон) и нарративного подхода (Н. Фрай, Л. Элсбри) [79]. Таким образом, жизненный путь рассматривается как интегральный феномен.

Основатель транзактного анализа Э. Берн вводит понятие «жизненный сценарий» и указывает, что он является частью жизненного пути человека, одним из его ключевых составляющих [16]. По его мнению, жизненный сценарий – это бессознательный жизненный план, формируемый в детстве и определяющий поведение личности в основных сферах жизнедеятельности. В транзгенерационном течении наблюдается схожее видение [171, 210]. Так А. Шутценбергер трактует жизненный сценарий как самопрограммирование, обусловленное семейным опытом [171]. Судьбоаналитическая теория Л. Зонди также строится на идее бессознательного влияния родового опыта на заданность поступков и

жизненных выборов человека на генотропном уровне [147]. С. Гроф, при описании своей трансперсональной теории, также указывает на предопределенность поведения человека в течение жизни, детерминированного в первую очередь опытом перинатального периода и периода рождения [42].

В характеристике понятия «вариант жизни», используемого В.Н. Дружининым, наблюдается сходство с существующими определениями жизненного стиля. Автор также рассматривал понятие «вариант жизни», который задается типом отношения к жизнедеятельности человека [50]. В то же время, по мнению ученого, варианты жизни существуют независимо от индивида, созданы человечеством и воспроизводятся во времени. Такое видение имеет общие черты с пониманием архетипов.

В аналитической психологии К. Юнг представляет архетипы как коллективные универсальные паттерны, или мотивы, возникающие из коллективного бессознательного (первообразы, наследуемые поколениями), которые формируют модели поведения в ответ на определенные события или объекты [174]. Архетипы, являясь повторяющимися моделями поведения, создают базис поведения, структурируют личность. С.Ю. Головин резюмирует: архетипы – это всеобщие, априорные психические и поведенческие программы, своего рода образцы поведения, мышления, видения мира [146]. В.И. Пищик отмечает, что архетипы на сегодняшний день являются единственной бессознательной основой ментальности, которые практически не изменяются в процессе трансформации ментальности [125] и следовательно, именно они могут задавать особенности формирования социально-психологических черт и создавать устойчивость поведения личности.

Проведенный анализ обнаружил смысловое сходство между всеми рассматриваемыми понятиями в отношении организации жизнедеятельности личности, что подчеркивает значимость решения методологической задачи по их дифференциации для использования в эмпирических целях. Обобщая взгляды

разных авторов, когерентность этих конструктов можно представить следующим образом [Рисунок 1]:

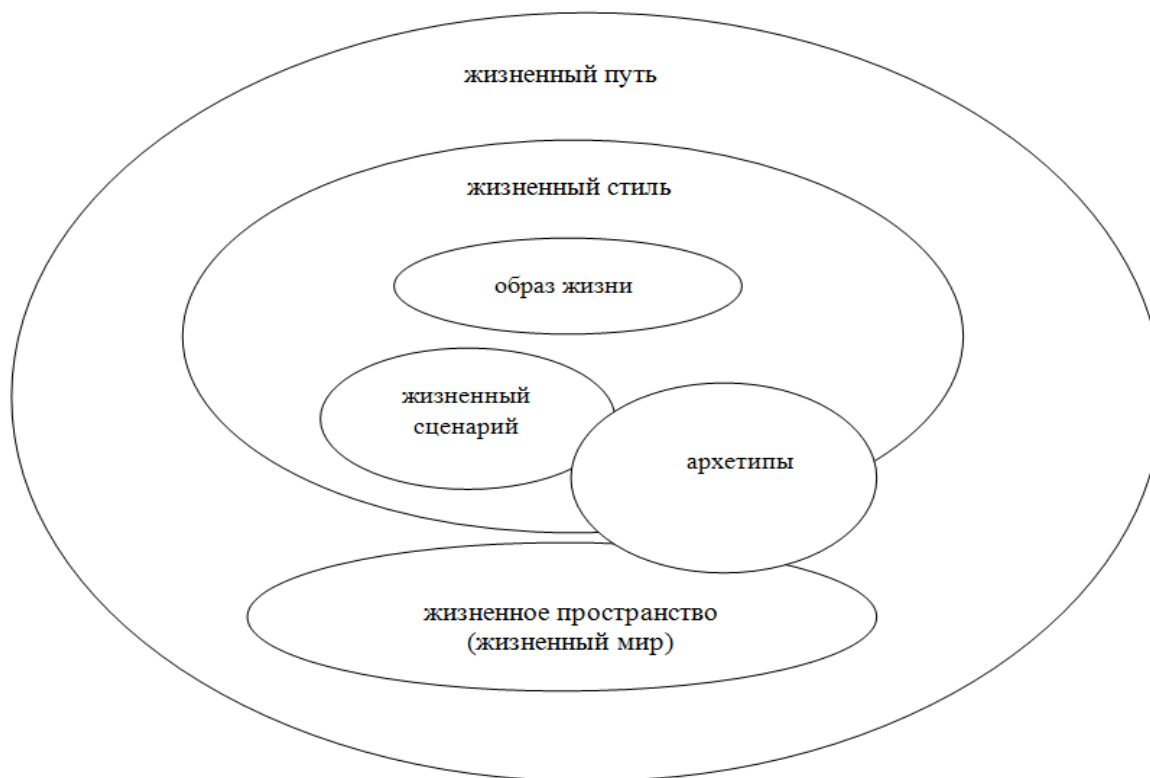


Рисунок 1. Соотношение семантических пространств основных понятий

Базис жизненного стиля личности, согласно полученной модели, составляет образ жизни наряду с жизненными сценариями и архетипами. Под образом жизни мы понимаем его социально-психологическое трактование как проявление способов организации жизнедеятельности во всех сферах бытия [98, 122].

Понятие жизненного сценария мы отделяем от жизненного стиля и соотносим его с понятием архетипа. Такую позицию мы обуславливаем их главным, на наш взгляд, отличием: жизненный стиль является более общей дефиницией и включает в себя поведенческие паттерны (сознательные и бессознательные), формирующие модель поведения в повседневной жизни и определяющие выбор способов ее организации.

Жизненный сценарий, также, как и архетип – это некая программа действий (бессознательная), определенный шаблон поведения человека в субъектно-значимых событиях. Эта программа имеет свое предопределенное развитие

и обладает цикличностью. Жизненный сценарий, на наш взгляд, определяется жизненной ситуацией (семья, друзья и т.д.), а архетип – это глубинные первоформы сценариев, связанные с экзистенциальными смыслами. В связи с чем представляется возможным обозначать архетип как глубинный сценарий.

Жизненный стиль, в свою очередь, отражает сформированную модель поведения личности в соответствии с системой ценностно-мотивационных координат, существующих в жизненном пространстве (жизненном мире) субъекта. На формирование этой системы также влияют архетипы (глубинные сценарии). Таким образом можно сказать, что жизненный стиль является моделью жизнедеятельности личности, формой проявления ее побуждений, ценностей, убеждений, установок, поведенческих паттернов и выборов в повседневной жизни.

Всё это составляет жизненный путь личности как эволюцию ее развития.

Также стоит отметить, что при описании рассмотренных выше конструктов (жизненный стиль, жизненный сценарий, жизненный путь и др.), зарубежные авторы делают акцент на их бессознательной природе, в то время как представители отечественной психологии отводят большую роль целенаправленности и активности личности в выборе вектора своей жизни. Не отрицая возможности осознанного выбора, всё же наибольший научный интерес для нас представляют бессознательные детерминанты обсуждаемых явлений.

В связи с этим, в своем исследовании мы будем опираться на концепции глубинной психологии З. Фрейда, К. Юнга, Л. Зонди, постулирующих о бессознательном характере проблем личности и соответствующих им моделей поведения.

1.2.2. Подходы к типологизации и структурированию жизненного стиля

История изучения жизненного стиля содержит значительное количество работ, однако большинство из них имеют социологическую направленность [20, 34, 128 и др.] и описывают либо жизненный стиль в целом, отождествляя его с образом жизни (нередко в отношении отдельных социальных групп), либо

проявления жизненного стиля в какой-либо сфере [55, 75, 116 и др.]. Кроме того, большая часть исследований последних двух десятилетий носит маркетинговый характер и направлена на определение взаимосвязи поведения потребителей с их стилем жизни [67 и др.]. При этом научных публикаций, описывающих методологические подходы к классификации жизненных стилей как проявления личностного феномена, не так много.

Среди немногочисленных попыток типизации жизненных стилей, в качестве оснований авторы выделяют разнообразный спектр критериев: от личностных проявлений до проявления предпочтений в выборе объектов жизнедеятельности.

Так, основываясь на взаимосвязи жизненного стиля с особенностями внешней среды, А. Адлер представляет стиль жизни в виде двухмерной схемы, где одна ось – «социальный интерес» (интерес к людям), другая ось – «степень активности» [4]. На основании комбинации этих факторов он выделяет четыре типа личности: управляющий (высокая активность при низком интересе к окружающим), берущий (низкая активность в сочетании с высоким социальным интересом), избегающий (социально и личностно пассивный) и социально полезный (высокая степень социального интереса и активности). Каждый тип, обусловленный стилем жизни, отражает поведенческие паттерны, направленные на решение трех главных жизненных задач: работа, дружба и любовь. Именно стиль жизни, по его мнению, является определяющим фактором в выборе целей и способов их достижения в указанных сферах [4].

В современных исследованиях В.В. Колпачников за основу классификации жизненных стилей берет факторы личностного самоопределения, каждый из которых имеет по два измерения: 1 фактор – движение по направлению к *(на) проблеме* и *от проблемы*, 2 фактор – стремление к жизни аутентично, *в соответствии со своим Я* и *отказ от ценностей Я* [73]. Аналогично подходу А. Адлера, на пересечении этих измерений автор выделяет четыре типа жизненных стилей: 1) бегство от жизненных проблем, сужение жизненной активности

узкими рамками личных или профессиональных интересов (аутентичность – отстранение от проблем); 2) творческое преобразование действительности в соответствии с ценностями и устремлениями своего Я, жизнетворчество (аутентичность – движение к разрешению проблем внешней действительности); 3) отказ от существования (отказ от Я – бегство от жизненных проблем); 4) стереотипно-автоматическое реагирование на проблемные ситуации реальности (отказ от Я – направленность на разрешение внешних проблем) [73].

О.В. Викторова при построении модели стратификации общества по стилезизненному критерию в основу положила черты, востребованные, по ее мнению, в современном обществе: социальное участие, активность (новаторство как индикатор), предприимчивость, инновативность и т.п. [34]. Так она выделяет четыре жизненных стиля: «выживающие» – характеризуется отсутствием стремления к изменению своей жизни либо готовностью к экономии для достижения целей; «традиционалисты» – ценность социального окружения, профессиональной успешности, готовность к усердному труду; «человек действующий» – ценность любви, чувства собственного достоинства, возможности влияния, предприимчивость, активность, готовность к труду, саморазвитие; «новаторы» – активная жизненная позиция, высокий социальный интерес, новаторство, направленность на достижение своих целей.

Американские психологи при типологизации населения США в рамках программы «VALS» (Values and Life Styles – Ценности и стили жизни) [169] в качестве основного критерия определения стилей жизни выделяют ценности. В результате их типология содержит три группы: 1 – «гонимые нуждой» (главная ценность – выживание, материальная и физическая безопасность); 2 – «внешне направленные» (ориентация на мнение окружающих), подразделяется на три подгруппы: а) «принадлежащие» (ценность быть признанным определенным социальным кругом), б) «подражатели» (подражание модели жизни авторитета), в) «стремящиеся к достижениям» (ценность достижения своей цели; 3 группа – «внутренне направленные» (ориентация на внутренние потребности)

включает три подгруппы: а) «Я есть Я» (ценность – отличаться от других), б) «экспериментирующие» (стремление к разнообразию, насыщению внутренней жизни), в) «социально озабоченные» (ценности – социальная ответственность и долг) [169].

Е.Л. Омельченко на основе западных исследований, включая психологическую методику «VALS», выделяет четыре «современных» жизненных стиля в преломлении к стилевым группам молодых специалистов (выпускников университетов и техникумов) [119]: 1. «движимые потребностью выжить» – представители группы «отстающие», для которых характерна материальная и социокультурная депривация; «последовательные традиционалисты» – молодежь группы «идущие», направленная на пошаговую реализацию потенциала, избегание рисков и неопределенности; «подражатели» – из группы «догоняющие» сочетают черты инновационных и традиционных жизненных стратегий; «продвинутые новаторы» – высокоамбициозные, независимые, мобильные, склонные ко всему новому и экспериментам, адекватно функционируют в современных условиях [119].

Я.М. Рощина при дифференциации стилей жизни россиян касается одной из сфер – досуга [138]. Так на основании эмпирических данных она выделяет восемь групп людей с соответствующими стилями жизни: 1 – «пассивный» (отсутствие хобби, непосещение досуговых мест); 2 – «спортивный» (занятия спортом индивидуально/в группе, походы, спортивно-развлекательные игры); 3 – «постмодернистский» (характеризуется мозаичностью и высокой активностью); 4 – «развлекательный» (посещение кинотеатров, концертов, кафе, ночных клубов и т.п.); 5 – «читательский» (чтение); 6 – «хозяйственный» (прикладное творчество, дрессировка домашних животных); 7 – «классический» (посещение театров, музеев), 8 – «домашний» (коллекционирование, музицирование, просмотр фильмов дома) [138].

Представленные примеры подходов к классификации жизненных стилей демонстрируют преимущественно направленность на сегментацию общества и

практически не затрагивают сферу глубинных побуждающих мотивов личности. В связи с этим остается открытым вопрос о создании такой типологии жизненных стилей, которая бы в полной мере отражала все аспекты жизни человека и позволяла не только проводить широкий спектр исследований, но и использовать эти знания для помощи индивиду в построении жизненного успеха и терапевтического решения проблем (в том числе расстройств пищевого поведения, алкоголизма, игромании и др.).

Решение задачи по типологизации жизненных стилей на наш взгляд невозможно без решения вопроса о структуре жизненного стиля, выделении его значимых категориальных характеристик.

В современных исследованиях, посвященных проблематике жизненного стиля, его структурные компоненты отражают: конгломерат внешних и внутренних факторов [143], паттерны организации повседневной жизни [127], субъективные референты [52], личностные диспозиции [11, 86] и др.

О.А. Екимчик, О.Б. Подобина в качестве составляющих жизненного стиля выделяют: социальный интерес как ценностную установку личности, субъективное благополучие (эмоциональный комфорт и удовлетворенность жизнью в настоящий момент), самооценку и копинг-стратегии [52].

Т.Л. Крюкова с коллегами рассматривают жизненный стиль как интегративную характеристику, которая включает в себя: 1) личностные диспозиции, в том числе способности, стиль любви, стрессоустойчивость; 2) особенности когнитивных процессов (когнитивные репрезентации социального пространства и самопрезентация); 3) параметры поведения [86, 142].

Е.И. Барышева указывает, что стиль жизни объединяет в себе мотивы, черты, интересы и ценности, которые проявляются во всем поведении человека [11]. При этом, проводя анализ категорий субъективного жизненного пространства и жизненного стиля, резюмирует взгляды ученых на структурные компоненты последнего, среди которых: 1) работа, карьера, взаимоотношения с коллегами; 2) особенности отдыха, организации досуга; 3) хобби, увлечения; 4)

личная жизнь (взаимоотношения с противоположным полом, родственниками, друзьями, стиль поведения в семье); 5) предпочтения в одежде, аксессуарах; 6) предпочтение в выборе классовых объектов (авто, курорты, рестораны и подобное) [11].

Схожего взгляда придерживается А.А. Плигин, который рассматривает жизненный стиль с позиции повседневности и определяет его как комплекс устоявшихся ежедневных привычек (паттернов) мышления и поведения в различных аспектах организации жизни человека, составляющих целостный образ жизни [127]. Исходя из этого, его авторская модель включает в себя тринадцать составляющих жизненного стиля (ежедневных привычек жить): общий распорядок дня, общий распорядок работы, паттерны организации работы (соотношение продуктивной деятельности и репродуктивных, повторяющихся дел), структурирование времени дома (порядок типичных дел), привычки питания, паттерны построения отношений/общения с близкими, паттерны типичных развлечений, привычки физической активности, особенности отдыха (сон, перерывы в деятельности, релаксация), управление жизненными целями и задачами, управление временем, управление собой (самоорганизация), ритм дня (соотношение активной деятельности и отдыха) [127].

В.В. Колпачников в качестве элементов жизненного стиля выделяет: главные удовлетворяемые мотивы, цели жизни и деятельности (в том числе, профессиональной), смысл профессиональной деятельности, смысл других людей и характера отношений с ними, преобладающее эмоциональное состояние человека [73].

О.В. Викторова при изучении стиля жизни выделяет широкий спектр его показателей: ценностные установки, уровень притязаний, локус ответственности, уровень адаптации, потребительские практики, трудовые и досуговые установки [34].

Л.С. Сидорова в своей работе отмечает, что формирование жизненного стиля происходит под одновременным влиянием множества сил: биологические

факторы (пол, возраст, состояние здоровья и т.д.); социально-культурные коды, предзаложенные в общественном сознании, уклад жизни, которому люди следуют в этом обществе; индивидуальный детский опыт в семье, семейные сценарии; многочисленные личностные факторы: тип гендерной идентичности, ценностные ориентации, гендерные стереотипы, архетипическая идентичность, образ Я и т.д. [143].

Анализируя современные исследования, мы обнаружили закономерности в подходах к выделению структурных компонентов жизненного стиля. Так, для большинства работ характерно указание на личностные диспозиции, ценности, социальный интерес, архетипическую обусловленность. Ориентацию на эти критерии в той или иной мере мы будем использовать в нашей работе.

Определяя жизненный стиль личности как некую модель её жизнедеятельности, форму проявления побуждений, ценностей, убеждений, установок, поведенческих паттернов и выборов в повседневной жизни, мы отводим архетипам, которые рассматриваем в качестве глубинных сценариев жизни, ведущую роль в его структуре. Это обусловлено главным свойством глубинного сценария жизни – бессознательной заданностью поведения личности в значимых для нее обстоятельствах. Глубинный сценарий побуждает особое восприятие человеком мира, жизни, межличностных отношений, которое формирует соответствующие поведенческие паттерны в определенных ситуациях.

Наряду с глубинным сценарием, такой же бессознательной заданностью в поведении личности обладает судьба влечений как способ разрядки глубинных бессознательных влечений (побуждений).

Следующим компонентом жизненного стиля мы выделяем образ жизни как сочетание способов построения своего бытия с позиции его социальной организации: особенности отдыха, досуга, питания, выбор классовых объектов, предпочтения в моде, самоорганизация и т.п., являющиеся отражением когнитивно-мотивационной сферы личности.

Третьим, поведенческим компонентом жизненного стиля, по нашему мнению, являются паттерны повседневного реагирования, определяющие характер межличностных взаимоотношений.

Таким образом модель жизненного стиля можно представить в виде сферы [Рисунок 2].



Рисунок 2. Структура жизненного стиля

Согласно полученной модели, жизненный стиль состоит из трех групп компонентов: глубинный, когнитивно-мотивационный и поведенческий.

Глубинный компонент представлен глубинным сценарием жизни и судьбой влечений, которые по мнению большинства исследователей (Э. Берн, Д. Келлерман, Ж. Лакан, З. Фрейд, Дж. Хиллман, К. Юнг и др.), имеют бессознательную природу. Когнитивно-мотивационный компонент представлен составляющими образа жизни, выбор которого, согласно взглядам отечественных ученых (Б.Г. Ананьев, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн и др.), происходит че-

ловеком осмысленно. Третий, поведенческий компонент, включает в себя паттерны повседневного реагирования, которые могут носить как бессознательный характер, так и использоваться человеком целенаправленно. Здесь стоит подчеркнуть выделяемые нами отличия данных категорий с глубинным компонентом: поведение, обусловленное влиянием глубинного сценария, проявляется в значимых для личности ситуациях и имеет predetermined, циклический характер; паттерны повседневного реагирования, в свою очередь – это поведение человека в обстоятельствах, не имеющих для него критического значения, данные паттерны реагирования могут быть обусловлены различными факторами и изменяться под их влиянием (эмоциональное состояние, опыт, актуальные цели и мотивы и т.д.).

Следует отметить, что все представленные в науке и практике подходы к структурированию жизненного стиля имеют свои достоинства. Главным из них можно считать попытку комплексного, целостного взгляда на жизненный стиль, обращение в том числе к психической составляющей. Однако их преимущества по-прежнему оставляют открытым вопрос о взаимосвязи элементов жизненного стиля как его детерминантах, для определения природы и места жизненного стиля в жизни личности.

Вместе с тем, исходя анализа литературы, представляется возможным определить перечень психологических предикторов каждого из компонентов обозначенной модели жизненного стиля [Рисунок 3].



Рисунок 3. Психологические предикторы жизненного стиля

Глубинный слой психологических предикторов жизненного стиля, согласно полученной модели, составляют бессознательные побуждения (включая родовую предрасположенность к ним), которые «питают» глубинный сценарий жизни и судьбу влечений, определяющие направление выборов и поведения индивида. Наряду с этим, действие побуждений оказывает влияние на формирование ценностных ориентаций, установок, личностных диспозиций и т.п., являющихся психологическими предикторами организации образа жизни, составляющего когнитивно-мотивационный компонент жизненного стиля человека. Психологическими предикторами паттернов повседневного реагирования, представляющих поведенческий компонент жизненного стиля, могут выступать: влечения (желания – как ставшими на означаемом уровне в речи влечения [89]), психотравмы (как осознаваемые, так и вытесненные), психологические защиты (используемые как целенаправленно, так и бессознательно), индивидуально-психологические особенности и др.

Таким образом, можно отметить многомерность факторов, влияющих на формирование жизненного стиля. Однако в силу недостаточной теоретической и прикладной разработанности проблемы глубинных, бессознательных психологических предикторов жизненных стилей у лиц с расстройствами пищевого поведения, наибольший научный интерес для нас представляет исследование именно этих категорий, к числу которых относятся: побуждения, психотравмы, психологические защиты и индивидуально-психологические особенности.

Результаты эмпирических данных об особенностях и различиях указанных предикторов, их отношения к типу жизненного стиля у женщин с различными расстройствами пищевого поведения, будут представлены в Главе II настоящей работы.

1.2.3. Типология жизненных стилей

Методологическим основанием для моделирования типологии жизненных стилей выступили положения триадного подхода в изучении и описании природы личности (И.В. Абакумова, П.Н. Ермаков, Д.А. Леонтьев, В.А. Петровский и др.).

Исходя из положения о ведущей роли архетипов как глубинных сценариев жизни, в структуре жизненного стиля, мы попытались определить генеральные из них в качестве стилеобразующих. Так, анализ литературы, посвященной теме исследования архетипов, архетипических образов, мифологических и библейских писаний [65, 112, 173], позволил выделить три ключевых архетипа, которые на наш взгляд, как глубинный сценарий жизни, могут задавать вектор жизненного стиля человека: Каин, Авель, Моисей.

Стоит отметить, что указанные архетипы (глубинные сценарии) не являются полным отражением всех возможных вариаций жизненного стиля в силу их многообразия, а лишь представляют наибольший интерес в рамках рассматриваемой проблемы расстройства пищевого поведения у женщин.

Архетип «Каин». Каин – старший сын Адама и Евы, убивший своего брата Авеля. В связи с этим Каин традиционно воспринимался как воплощение зла, а Авель – как невинный мученик [65]. Между тем В.С. Мухина отмечает, что «Каин – неистребимый архетип человеческой сущности: нечто в нем действительно бессмертно» [112, С. 171].

Л. Зонди характеризует психологического Каина как проявление эгоцентричной позиции субъективно понимаемой справедливости, навязывание своей точки зрения, поведение в роли «судьи» и «палача» в отношении «врага» [61]. В. Джос в предисловии к книге Л. Зонди указывает, что Каин – это тот, который накапливает злость в душе [59]. По мнению З. Зонди позиция Каина проявляется в таких отношениях к другому человеку (людям), как: *ненависть* – бессознательное стремление убрать из своего поля крайне вредного и «опасного» для себя человека; *зависть* – ненавистное отношение к «несправедливо» имеющему большее, либо пассивное страдание от успехов другого и радость при его неудачах; *жажда мести* – бессмысленное стремление к равенству в утратах («глаз за глаз»); *ревность* – ненависть за посягательство на «право собственности» в отношении близкого человека, стремление к абсолютному обладанию им; *гнев* – приступообразный всплеск ненависти в связи с неожиданным поступком человека; *ярость* – готовность мобилизовать энергию гнева, максимально мобилизуя на агрессию все свои силы [59, С. 143]. Каин остро реагирует на неравенство, проявляя агрессию немедленно, иногда отсрочено. Если он не выражает агрессию открыто, то он постоянно терпит недовольство, т.е. находится в состоянии стресса, который в итоге приведет к неврозу. При этом Л. Зонди отмечает, что Каина отличает не агрессия, но грубые аффекты и особенное Я, а агрессия с позиции учения о побуждениях является частью побуждения к самосохранению, частью сексуального побуждения [59, С. 143].

Также Л. Зонди постулирует о невротичности человека с каинистической природой, называя это *Комплексом Каина*, который может проявляться в результате различных конфликтов. Одним из конфликтов является конфликт с

собственной совестью, когда невротические симптомы являются следствием защиты Я и Сверх-Я от возникающих аффектов, чрезмерной потребности в собственной значительности, болезненной страсти иметь, стяжать и обвинять. Наиболее часто встречающимися симптомами невротического Каина являются: невроз навязчивых состояний с фобией, феномен отчужденности, ипохондрия, самовредительство (расстройства в работе и карьере), психосоматические заболевания (энурез, экзема, гипертония, инфаркт миокарда, геморрагический инсульт и др.), а также порно-, ипиро-, клепто-, дипсо-, танатомания [58].

Наряду с этим, интересным представляется позиция Л. Зонди относительно сходства Эдипова комплекса с комплексом Каина, в основе которых лежит бессознательное желание убить соперника своей любви к родителю. В отличие от представителей психоанализа, Л. Зонди разграничивает эти два комплекса [58, С. 135], способные невротизировать человека. Так, потребность сына убрать с дороги отца или аналогичная потребность дочери в отношении матери хотя и находится рядом с любовью, играет в Эдиповом комплексе второстепенную роль. Вместе с тем в зависимости от обстоятельств в обоих комплексах и в обоих полах вместо отца может фигурировать мать, а вместо брата сестра [58]. Данное утверждение представляется нам заслуживающим внимания при определении предикторов, способных оказать влияние на формирование жизненного стиля и его связь с расстройствами пищевого поведения.

Таким образом, можно заключить, что отличительной особенностью архетипа Каин являются тенденции активности к злumu, то есть накапливанию в себе ярости, агрессии, зависти, нетерпимости, обиды за несправедливость и т.п. Данные тенденции можно охарактеризовать как энергию «грубых аффектов» [58].

К глубинным сценариям жизни со схожей направленностью энергии можно отнести архетип Геракла, Наполеона, Александра Македонского [123], Электры, Ведьмы и др. [185], энергия которых наполнена активностью и агрессией с целью завоевания (то есть обладания) и уничтожения «врага».

Архетип «Авель». Авель исконно воспринимается как противоположность Каина – невинный, добрый, смиренный, готовый стать жертвой [17]. Так его отличает: кротость, мягкость, хрупкость, толерантность, благосклонность, милосердие, готовность помогать, запрет на агрессию, выставление добродетели напоказ, способность чувствовать, простодушие, доверчивость, сочувствие, смирение, поклонение истине, склонность пребывать в иллюзиях [60].

Л. Зонди отмечает, что Авель стремится быть справедливым, считая справедливостью нормы, принятые высшей инстанцией или всем обществом [59]. Таким образом, согласие с мнением группы является основой позиции Авеля, при которой он либо не замечает неравенства, либо остается к нему толерантным. При этом Авель находится в постоянном страхе за возможное непреднамеренное нарушение установленного другими законом, за что будет наказан. В связи с чем страх своей потенциальной вины порождает в нем тревожность. Данные аспекты мы рассматриваем как ключевые в жизненном стилеобразовании.

Ведущие тенденции Авеля к совестливости, добродетели, толерантности, смирению, тревожности, запрету на агрессию, можно отнести к энергии «мягких аффектов» [147]. Схожей энергией, на наш взгляд, обладают архетипы: Спящая красавица, Гадкий утенок, Зависимый, Мазохист и т.п.

С позиции триадного подхода, представленная диалектика архетипов как векторов жизненных стилей, порождает необходимость определения «золотой середины», которой можно считать образ **Моисея**.

Согласно преданиям, путь становления Моисея как пророка, был наполнен агрессивными аффектами и раскаянием. Так, убийство египтянина, истребление мадианитян, наказание своего народа за согрешение – демонстрируют проявление грубых аффектов Каина, описываемых Л. Зонди [58, С. 157]. Чувство вины за убийство и последовавшее покаяние можно рассматривать как проявление мягких аффектов Авеля (тоска, желание, любовь, смелость, сочувствие, радость) [58, С. 158]. Исходя из этого, вправе допустить, что образ Мои-

сея, ставшего миссионером, является «авелизированным Каином», в котором можно обнаружить его диалектику, где одна часть доминирует, а вторая часть латентна до возникновения провоцирующей ситуации.

Вместе с тем, в сопоставлении Леопольда Зонди сущности Каина и Моисея [59], в природе Моисея возможно проследить черты «идеальной», социально привлекательной, гармоничной личности: совесть, склонность к самоограничению, терпимость, доброжелательность, открытость, готовность помочь, стремление исцелять раны, праведный образ мыслей, преданность Богу, формирование законов, прообраз праведника. Активированный Моисей обладает большой энергией и влиянием на людей, способен менять характер и судьбы других людей, может пожертвовать собой и другими ради идеи [59].

К числу глубинных сценариев жизни с аналогичной энергией Божественной справедливости, милосердия, можно отнести архетип Христа, святых, Мадонны [123], Василисы Премудрой и др.

В целом можно заключить, что обзор содержания представленных архетипов (глубинных сценариев жизни) в качестве ключевой характеристики обнаруживает характер энергии аффективных проявлений. В связи с этим представляется возможным выделить три типа жизненных стилей в зависимости от степени выраженности аффективной сферы: ригидно-аффективный, пластично-аффективный и стабильно-аффективный жизненные стили.

Ригидно-аффективный жизненный стиль характеризуется склонностью человека к фиксации на негативном эмоциональном состоянии, трудностями в переключении на иное эмоциональное состояние, константностью оценки и неадекватными текущей ситуации способами реагирования (преимущественно агрессивными), что в свою очередь отражается на характере межличностных отношений и способах организации жизни в целом. В основе данного жизненного стиля лежит архетип (глубинный сценарий жизни) Каина и грубые аффекты.

Пластично-аффективный жизненный стиль характеризуется гиперчувствительностью с проявлением страха и нерешительности при изменении окружающей действительности, неуверенности в своих силах, тревожности в сочетании с избеганием негативных проявлений. Архетип (глубинный сценарий жизни) Авеля и его мягкие аффекты являются основой данного жизненного стиля.

Стабильно-аффективный жизненный стиль характеризуется сбалансированностью и устойчивостью эмоционального состояния и аффективных тенденций. Основу данного жизненного стиля составляет архетип (глубинный сценарий жизни) Моисея.

Еще раз отметим, что указанные архетипы (глубинные сценарии жизни) являются лишь частью возможных вариаций жизненных стилей. При этом важным аспектом, на наш взгляд, является отражение их диалектики, где для каждого глубинного сценария с энергией грубых аффектов имеется «мягкий» антипод. Такой подход основан на взглядах К. Юнга о *Тени* и *Персоне* [174], а также Л. Зонди о дуальной предрасположенности каждой личности в своих выборах [147]. В связи с этим мы допускаем наличие бессознательной духовной цели каинитов и авелитов – стать Моисеем. Однако для этого необходимо принять свою Тень, где у Каина Тенью является Авель и наоборот.

Наряду с тем, согласно концепции Л. Зонди, каждому глубинному сценарию жизни подключены определенные побуждения из шестнадцати представленных в его теории судьбоанализа, которые питают сценарий и являются причиной мотивов к определенному стилю поведения и выборов личности, формирующих жизненный стиль человека [176].

Данное положение будет детально рассмотрено в эмпирической части настоящей работы.

1.3. Проблема определения психологических предикторов жизненных стилей женщин с расстройствами пищевого поведения

1.3.1. Специфика бессознательных предикторов жизненных стилей, сопряженных с влечениями

Анализ исследований, посвященных изучению причин нарушений в пищевом поведении, показал недостаточную разработанность вопроса определения их глубинных, бессознательных предикторов, влияющих на жизненный стиль женщин с РПП. В связи с чем перед нами предстают широкие теоретико-методологические и практические возможности.

Изучение обозначенной проблемы необходимо начать с рассмотрения теоретических аспектов бессознательных процессов и их влияния на поведение человека.

Основываясь на учениях психоаналитического течения, отметим, что поведение человека, его образ действий и жизни в целом, обусловлены процессами, происходящими в трех слоях нашей психики: сознании, предсознании и бессознательном.

Согласно З. Фрейду, сознание – это поверхностный слой личности человека по отношению к внешнему миру, это то, что мы осознаем и можем контролировать. Благодаря происходящим в сознании процессам мышления (критика, анализ, логика, рассуждение и др.) у человека формируется внутренняя модель внешнего мира [163]. Применительно к теме нашего исследования это означает, что человек может осмысленно выбирать свой образ жизни, основываясь на поступающей информации, анализируя и перерабатывая ее.

М.М. Решетников, освещая взгляды З. Фрейда, указывает, что «предсознательное включает содержания и действия, не входящие в актуальное поле Сознания и поэтому являющиеся бессознательными в «описательном» смысле данного термина» [134, С. 215].

В.В. Макаров отмечает, что «ближайшее бессознательное при помощи определенных техник может быть выведено на уровень сознания. Его можно

исследовать. И важно помнить, что вскоре оно вновь погрузится на бессознательный уровень» [99, С. 142].

Таким образом, предсознательный слой характеризуется наличием в нем информации и процессов, которые в настоящий момент не осознаются, но могут перейти в сознание при совпадении определенных условий. Это следы воспоминаний, информация из прошлого, которые при фокусировке внимания могут быть осознаны путем преобразования в словесно-образную форму.

О наличии бессознательного уровня психики человека впервые высказался Г. Лейбниц [цит. по 134]. З. Фрейд развил его идеи, отмечая, что бессознательное управляет поведением человека, основанном на подавленных, вытесненных эмоциях, чувствах и желаниях, которые противоречат социальным нормам поведения и общественной морали [161]. Эти вытесненные факты формируют внутреннюю бессознательную мотивацию, которая определяет характер и вектор действий, и по сути, порождает жизненный стиль человека, реализуемый им произвольно.

Согласно К. Юнгу, бессознательным в той или иной степени может стать любое явление [175].

Вытеснение в бессознательное – один из генеральных психических процессов, которое по определению В. Штекель «представляет собой процесс отстранения от сознания и удержания вне его психических содержаний, несовместимых с социальными, этическими и эстетическими требованиями, возникающими у человека в процессе воспитания» [170, С. 659].

При этом вытеснение является эффективным механизмом, формирующим конформное поведение и, таким образом, отражает один из имеющихся сценариев бессознательной социально-адаптированной жизнедеятельности личности, что может определять его стиль.

Таким образом, многочисленные действия и поступки, совершаемые человеком неосмысленно, имеют бессознательную природу. Бессознательное – это хранилище инстинктов и вытесненного содержания, которое недопустимо

для личности и соответственно не может быть ей принято. Происходящие бессознательные процессы подчинены принципу наслаждения, то есть удовольствия/неудовольствия. При этом влечения и желания составляют ядро этих процессов [161].

З. Фрейд выделял два вида влечений: влечения к жизни – «Эрос», включающие в себя сексуальные, эротические влечения, называемые *libido*, и влечения к смерти, распаду – «Танатос», понятие которого ввел В. Штекель [170]. П. Федерн в продолжение идей Штекеля разработал концепцию энергии влечения к смерти (Мортидо), как деструктивной движущей силы.

К. Меннингер описал различные варианты проявления влечения к смерти, проявляемые в таких саморазрушительных формах, как: собственно самоубийство, хроническое самоубийство (асоциальное поведение, алкоголизм, аксентизм, психозы и др.), локальное самоубийство (членовредительство, симуляция и т.д.), органическое самоубийство (соматические заболевания) [105].

В отличие от З. Фрейда, К. Юнг под либидо понимал в целом психическую энергию, считая сексуальность не ее характерной разновидностью, а лишь одним из множества проявлений этой энергии [175]. При этом он считал, что либидо является биполярным, то есть может быть направлено как на созидание, так и на разрушение.

Тем не менее, столкновения между этими влечениями, возникающие по мнению основателя психоанализа во всех структурах личности (Оно – уровень инстинктов и низших форм поведения, руководствуется принципом удовольствия; Я – рациональная часть, руководствуется принципом реальности и целесообразности; Сверх-Я – цензор поведения, состоит из Совести и Эго-идеала), создают сложные формы поведения и психическую напряженность [161].

Эту идею не отрицали и отечественные ученые [37, 43, 93 и др.]. В частности, Л.С. Выготский отмечал, что в нашем мышлении постоянно происходят конфликты между Я и Оно и чтобы не допустить опасного столкновения, наше

Я вынуждено следовать за влечениями, находящимися в глубоких слоях личности [37].

Наряду с тем, австрийский ученый считал, что бессознательное позволяет уменьшить груз тягостных переживаний от внутриличностных конфликтов, вследствие чего появляются защитные механизмы [161].

Так А. Фрейд впервые описала следующие защитные механизмы [163]:

1. Вытеснение или удаление из сознания мыслей и чувств, причиняющих страдание. Как правило оно не проходит бесследно и часто является источником психосоматических заболеваний (язва, головные боли, астма и др.), таким образом психическая энергия подавленных желаний остается в теле и выражается в болезненных ощущениях, а также в психосексуальных нарушениях (импотенция, фригидность).

2. Сублимация – замещение на социально приемлемую деятельность (творчество, наука, спорт и т.д.). Согласно психоаналитической концепции, сублимация считается единственным здоровым способом укрощения нежелательных побуждений. Например, человек с садистскими наклонностями может стать отличным хирургом.

3. Отрицание – отказ признавать какое-либо событие, уход в фантазию.

4. Замещение – переадресация импульса от более угрожающего объекта к менее угрожающему. Например, агрессия на близкого человека после критики начальника. В отдельных случаях замещение может быть направлено на себя как самообвинение.

5. Проекция – приписывание другим людям собственных неприемлемых качеств, мыслей, чувств.

6. Рационализация – ложная аргументация, социально приемлемое объяснение для оправдания собственного неприемлемого поведения.

7. Регрессия – возврат к более примитивному способу реагирования, детской модели поведения.

8. Инверсия (реактивное образование) – подмена истинных побуждений противоположными [163].

Впоследствии психологические защиты стали предметом изучения представителей различных психологических школ и направлений и содержат как расширение идей Фрейда, так и отличительные взгляды [12, 124, 163, 164, 167 др.].

По мнению R. Plutchik, например, психологические защиты служат для сдерживания и регуляции напряжения, вызванного определенной эмоцией [201], при конфликте спонтанного побуждения и страха наказания за него. Также он полагает, что существует четыре пары биполярных защит, соответствующих четырем парам биполярных эмоций. Представленные им психологические защиты соотносятся с защитами З. Фрейда.

Среди отечественных исследователей наибольший вклад внесен Ф.В. Басиным, который относит психологические защиты к нормальному, повседневному механизму. По его мнению, психологическая защита ограждает личность от дезорганизации не только при конфликтах сознательного с бессознательным, но и при столкновении осознаваемых установок различной аффективности [12].

С позиции Б.Д. Карвасарского, психологическая защита составляет адаптационный процесс личности, направленный на снижение влияния психотравмы на Я-концепцию, который, как правило, происходит на неосознаваемом уровне [133].

Т.И. Краско рассматривает защитные механизмы в качестве предикторов «защитного стиля» личности и предполагает, что индивидуальные комбинации защитных механизмов со временем преобразуются в индивидуальные «стили переживания» психотравмирующих ситуаций [81]. В свою очередь, взаимосвязь защитных механизмов и их гибкость в рамках защитных стилей, является определяющим в сохранении психологического благополучия личности.

Несмотря на противоречия исследователей в понимании психологических защит, большинство авторов сходятся во мнении, что психологическая защита

при определенных условиях может препятствовать личностному росту и самореализации человека [3, 68, 163, 167 и др.].

Таким образом, можно заключить, что психологические защиты могут выполнять как позитивные функции, защищая личность от воздействия психотравмирующих событий, так и негативные, формируя, при частом и длительном применении, ригидность человека и искажение реальности. Вариантом такого искажения можно считать фантазм, под которым яркие представители психоанализа – З. Фрейд и Ж. Лакан, понимали бессознательный, воображаемый сценарий получения удовольствия, некий план и способ удовлетворения желаний субъекта [89, 161].

В целом, защитное поведение, которое позволяет в той или иной степени сдерживать конфликтные влечения, желания и потребности, а также сформировавшаяся структура, частота и характер использования психологических защит, что в классической школе психоанализа принято называть судьбой влечений, определяет жизненный стиль и судьбу человека [61, 161]. При этом З. Фрейд и Ж. Лакан утверждают, что влечения и судьба влечений являются вторичными относительно объекта, то есть они не являются инстинктами и присущи только говорящим существам. С позиции З. Фрейда влечение появляется при потере инцестуозного объекта, которая в последующем приводит к навязчивым повторам. Такое, весьма обобщенное, на наш взгляд, представление о влечениях (желаниях), создает проблему встречи с желанием субъекта для изменения его неблагоприятной судьбы влечений, что в своей основе является целью психоанализа. А в связи с тем, что психоанализ, по нашему мнению, недостаточно детерминирован в сфере желаний и не объясняет, чем обусловлен заряд влечения (квант) и почему прослеживается схожая судьба влечений у представителей прошлых поколений конкретного рода, терапия по изменению судьбы влечений личности может растянуться на годы и не гарантировать результат [161].

Данный аспект побуждает нас к поиску более целостного подхода к пониманию проблемы жизненного стиля с целью его корректировки.

1.3.2. Специфика бессознательных предикторов жизненных стилей, сопряженных с психотравмами

Психотравма как последствие психотравмирующего события подразумевает под собой любой болезненный опыт человека, куда включены психические и психологические травмы.

Впервые понятие «психическая травма» использовал немецкий невролог и врач-психиатр А. Эйленбург для обозначения психологических последствий стрессового события [31].

В последствии проблема психической травмы получила широкое распространение в психологической науке.

Так, П. Жане обнаружил истоки истерического расстройства в травматических событиях, сопровождающихся сильными эмоциональными переживаниями, к которым человек не может адаптироваться [53]. В результате может возникнуть диссоциация, как ответная реакция на психическое напряжение, вызванное травмой.

З. Фрейд и Ж. Брейер также связывали истерию и травматический невроз с психической травмой, как опытом, вызывающим негативные аффекты [162]. По мнению З. Фрейда, психическая травма – это переживание, приводящее за короткое время к сильному увеличению раздражения, вследствие вытеснения неосознаваемого внутреннего конфликта. Таким образом, в данной модели авторы делали акцент на связи воспоминания с аффектом, как главным факторе травматизации.

Наряду с тем, З. Фрейд выделял еще одну модель – модель динамики неприемлемых импульсов, согласно которой травмирующим моментом является столкновение Эго с несопоставимостью, где Эго отвергает недопустимую мысль и вытесняет ее в бессознательное [83].

К. Юнг имел схожее с З. Фрейдом представление о значении заблокированного болезненного аффекта, как проявления психотравмы, в психических расстройствах и невротических состояниях личности [175]. Он отмечал, что ес-

ли жизненное событие сопровождается сильным аффектом, то все ассоциированные с этим событием ментальные элементы и элементы восприятия этого переживания будут аккумулярованы вокруг этого аффекта, образуя, таким образом, чувственно окрашенный комплекс [63]. Вместе с тем К. Юнг в травматизации уделял особое внимание бессознательным фантазиям, которые также могут содержать нуминозные амбивалентные архетипические образы.

О. Ван дер Харт, разделяя понятия «травматическое событие», которое широко используется в клинической психологии, и «травма», приходит к заключению, что судить о травматичности того иного события можно лишь при наблюдении оказанных на индивида последствий этого события. Так, под травмой он понимает внутреннее состояние человека, страдающего от расстройства, вызванного переживанием экстремального события [31, С. 42].

Тема психотравмы является предметом внимания и отечественных ученых. Так, в трактовании В.Д. Менделевича психической травмой является событие, которое затронуло значимые стороны жизни человека и породило глубокие психологические переживания [104].

Г.К. Ушаков интерпретирует психическую травму в качестве внутриличностного конфликта, который появляется при соматических изменениях организма, в первую очередь у преморбидно расположенных к психогениям лиц [154].

Э.Г. Эйдемиллер и В. В. Юстицкис вслед за Н. В. Канторовичем в качестве психической травмы видят тяжелые индивидуальные переживания [172].

М.М. Решетников под травмой подразумевает любое переживание, которое приводит к непереносимым душевным страданиям [134]. При этом «непереносимость» характеризуется недостаточностью психологических защит конкретной личности.

Исследователи отделяют понятие психической травмы от психологической, понимая под первой повреждение психики, в результате которых нарушается ее нормальное функционирование, при психологической же травме такие

нарушения отсутствуют, а личность сохраняет свои адаптивные возможности, адекватность и эффективность поведения [41, 49, 153, 171]. Таким образом, по мнению исследователя, психическая травма затрагивает более глубокие слои психики, нанося значительный ущерб жизнедеятельности индивида.

Вместе с тем большинство ученых либо используют термины психической и психологической травмы как синонимы, либо ограничиваются применением понятий психической и психотравмы. Мы в своем исследовании будем придерживаться последней позиции.

Стоит отметить, что научная теория и практика содержит значительный объем работ по проблеме психотравмы в связи с военными действиями [41, 49, 135, 183, 212], а также в контексте теорий стресса, диссоциации, тревоги, механизмов психологической защиты, психогении, объектных отношений и т.д. (В.М. Кровяков [84], У. Бион [18], Э. Крепелин [82], Х. Кохут [80], Н. Мак-Вильямс [100], Д. Мельтцер [103], О. Фенихель [159], К. Ясперс [177] и др.). Однако мы не будем подробно останавливаться на раскрытии данных аспектов, а рассмотрим наиболее значимые, на наш взгляд, позиции применительно к теме нашего исследования.

Так, опираясь на анализ существующих подходов к определению феномена психической травмы, прослеживается следующее: психическая травма – это состояние глубокого непереносимого переживания, которое возникло вследствие события, имевшего субъективно-негативный аффект.

Д. Калшед отмечает, что психотравма может быть вызвана не только внешними событиями, но и внутренней работой психики, а травмированная психика продолжает травмировать саму себя [63].

О. Фенихель выделяет несколько групп состояний вследствие психической травмы, среди которых наиболее интересными для нас являются приступы неконтролируемых эмоций, таких как агрессия и тревога, и вытеснение травматического материала в психосоматические проявления [159]. К категории таких

психосоматических реакций можно отнести и расстройства пищевого поведения.

С.В. Ковалев в число психотравмирующих факторов среди прочих включает факторы эмоциональной депривации и хронически действующие травмирующие ситуации, влияющие на основные ориентации личности (семейные конфликты, деспотичное или противоречивое воспитание и др.) [72].

Мы особо обращаем на это свое внимание, так как полагаем, что истоки проблем в пищевом поведении в том числе можно обнаружить в семейной ситуации, в частности, бессознательными психологическими предикторами жизненных стилей женщин с РПП могут служить психотравмы детского возраста.

Неблагоприятная семейная обстановка, как один из коренных факторов травматизации личности, подтверждается множеством исследований [31, 39, 46, 113, 121, 149, 188, 197, 199, 205]. При этом травмирующие события не обязательно имеют риск угрозы жизни и здоровью или факт физического насилия [106, 180 и др.].

Дж. Блум полагал, что «не вызывает сомнения связь между дезорганизацией отношений в семье, с одной стороны, и психическими и эмоциональными расстройствами, с другой» [19]. Существует связь самодеструктивных побуждений (например, самоубийство), агрессии по отношению к другим и компульсивными наклонностями к повторению ранее болезненного опыта.

Исходя из психоанатической концепции, характер проявления последствий травмы может зависеть от этапа развития личности, на котором она была получена. В этой связи нам представляется целесообразным рассмотреть концепцию психосексуального развития З. Фрейда [161], отражающую постулат о соответствии развития человека стадиям преобразования и перемещения энергии эроса по разным эрогенным зонам.

Так, аналитик выделяет 5 стадий, сменяющих друг друга, которые зависят от преобладания тех или иных групп парциальных влечений [162]. По его мнению, возникновение проблем в удовлетворении ведущих влечений на одном из

этапов развития может приводить к фиксации, которая будет иметь негативные последствия во взрослом возрасте. Таким образом, мы можем говорить о формировании психической травмы. Полученная психотравма на бессознательном уровне будет вызывать поведение человека, направленное на неудовлетворенные влечения соответствующей стадии [162].

В своей теории З. Фрейд выделяет оральную, анальную, фаллическую, латентную и генитальную стадии [161].

1) на первой – оральной фазе развития, относящейся к периоду младенчества (с рождения до 1,5 лет), зоной сосредоточения Либидо выступает полость рта и воспринимается ребенком как объект для сосания. Благодаря сосанию, в первую очередь материнской груди, происходит раздражение слизистой оболочки рта, которое приносит удовольствие, что фактически и составляет цель влечения. Таким образом, рот, процесс сосания и сопряженные с ним кусание и глотание, оказываются главным источником получения удовольствия. При этом мать не допускает укусов своей груди, в связи с чем стремление ребенка к наслаждению вступает в конфликт с реальностью, что может привести к формированию так называемой «оральной» травмы.

Учитывая направленность Либидо, оральные травмы могут выражаться в склонности к перверзным поцелуям, пьянству, курению, нарушениях пищевого поведения [161].

2) вторая – анальная стадия (с 1,5 до 3 лет) характеризуется получением удовольствия от процесса дефекации – ребенку нравится задерживать и выталкивать фекалии [161]. Усиление удовольствия происходит за счет давления на прямую кишку и анального сфинктера, вызванного отсрочкой опорожнения. В этот период ребенку прививают навыки опрятности, сопровождаемые возможными запретами или наказаниями за дефекацию в штаны, исследование своих фекалий и др.

В связи с этим анальные травмы могут приводить к таким чертам характера, как: скупость, аккуратность и чистоплотность, доходящие до перфекцио-

низма, а также упрямство, что обусловлено принуждением ребенка совершать дефекацию в горшок и выбрасыванием его фекалий, которые ребенок воспринимает как неотъемлемую часть себя. В качестве противоположных черт выделяется импульсивное и деструктивное поведение.

Вместе с тем, данный возрастной этап является так называемой нарциссической фазой, где в качестве одного из ведущих влечений выступает самолюбование и потребность в восхищении окружающими. Отсутствие должного отклика в удовлетворении данных потребностей приводит к нарциссической травме (НТ) [161], которую мы дифференцируем на кумулятивную НТ – травма, возникающая вследствие недостатка похвалы и восхищения со стороны значимого окружения, и острую НТ – травма, возникающая при недостатке похвалы в сочетании с унижением.

Последствиями НТ могут являться: тревога, низкая самооценка, невротический сценарий, нарциссическая ярость, депрессии и т.д. [67, 80, 200 и др.].

3) на третьей – фаллической стадии (с 3 до 6-7 лет), Либи́до смещается на область половых органов: ребенок начинает интересоваться собственными гениталиями (посмотреть, потрогать), вопросом деторождения и темой межполовых отношений. В этот период у ребенка появляется бессознательное эротическое влечение к родителю противоположного пола и возникает Эдипов комплекс у мальчиков и аналогичный комплекс Электры – у девочек [161].

Травмами этой стадии является кастрационный комплекс. У мальчиков он вызван унижениями и самоутверждением со стороны отца, который по-настоящему конкурирует с сыном, либо обесцениванием со стороны матери, которая сравнивает с идеализированным образом старшего сына или умершего отца. В женском варианте кастрационный комплекс основан на зависти девочки к пенису. Девочка винит мать за то, что она родила ее без этого органа, что в отдельных случаях может приводить к низкой оценке своей женственности по причине «дефектности».

Эдипальные проблемы, которые не были разрешены в детском возрасте, в последствии могут привести к невротическому поведению, в т.ч. связанному с импотенцией и фригидностью.

4) в латентный период (с 6-7 лет до подросткового возраста) наблюдается снижение сексуальной активности, когда энергия ребенка направлена не на сексуальные влечения, а на социальную активность: учеба, дружба, спорт и т.п. В связи с тем, что в это время не возникают никакие новые эрогенные зоны, данный период можно рассматривать как подготовительный к завершающей стадии психосексуального развития.

5) пятая – генитальная стадия (с 12-13 до 18 лет) вызвана началом полового созревания и характеризуется открытыми сексуальными влечениями. Именно в этот период у подростка формируется так называемая взрослая сексуальность, которая с ним и остается. На этой стадии Я активно противостоит юростным влечениям Оно.

Согласно психоаналитическому течению, «генитальная» личность проявляется в зрелости и ответственности в социально-сексуальных отношениях, испытывает истинное удовлетворение в любви к противоположному полу без каких-либо конфликтных чувств [1]. Адекватному же вхождению на эту стадию могут препятствовать фиксированные травматические переживания с предыдущих этапов.

Наряду с тем, осуждение естественно возникающих сексуальных влечений, сексуальности как таковой, придание этим импульсам негативной окраски, а также запрет на их проявления со стороны значимого окружения (в первую очередь родителей), на наш взгляд может привести к генитальной психотравме.

Подводя итог рассмотрению проблемы психической травмы и ее значения в жизни личности, мы приходим к заключению, что психотравма является множественной категорией, включающей в себя: травматическое событие (ситуация, имевшая негативно окрашенный аффект, в том числе бессознательные фантазии), глубокое переживание данного события, фиксация на нем, исполь-

зование психологических защит, в том числе их недостаточность. Фиксация порождается непониманием ситуации, почему она произошла, а в случае с неудовлетворенными потребностями, почему их не дают реализовать. Таким образом, вследствие неразрешения ситуации, психотравма остается актуальной и продолжает оказывать свое негативное влияние на жизнь человека. Последствия психотравм можно обнаружить в особенностях взаимодействия с внешним миром, поведении, соматических проявлениях, психических расстройствах и т.д.

1.3.3. Специфика бессознательных предикторов жизненных стилей, сопряженных с архетипами

Рассматривая вопрос о бессознательной природе формирования жизненных стилей важно учесть различные взгляды к объяснению этих процессов. Поэтому стоит обратиться еще к одному из наиболее известных подходов – архетипическому.

Понятие «архетип» берет свое начало с древнегреческой эпохи. Философы того времени использовали его в значении «первообраз, образ, образец» для широкого круга толкований и смыслов: идей, цветов, форм и др. Начиная с Платона, философы обращались к обсуждению: идей в качестве образа или образа, образа – как подобия истинного, образа – как идеи [112].

В 20 веке швейцарский психиатр К. Юнг ввел понятие «архетип» в психологию личности, под которым понимал первичные схемы образов, существующие в мифах и верованиях и воспроизводимые человеком бессознательно [174]. Расширив теорию З. Фрейда о бессознательном, К. Юнг выделяет в структуре личности еще одну составляющую – коллективное бессознательное, которое представляет собой хранилище всеобщей памяти человечества за всю историю эволюции. Это как бы коллективное наследие наших предков, существующее в подсознании каждого индивида и при определенных условиях доступное для осознания в форме образов. По его мнению, носителями коллективного наследия являются архетипы – изначальные формы, которые отвечают

за инстинктивное поведение людей и за их восприятие мира определенным образом на основе базовых идей, одинаковых в различных культурах, но часто не связанных между собой причинно. Это означает, что существуют модели поведения, которые встречаются у всех индивидов повсеместно [174].

Так К. Юнг в своей философии архетипами считает базовые врожденные структуры психики, определяющие потребности, переживания, мысли и поведение человека [174]. Коллективное бессознательное содержит множество таких архетипов, при этом некоторые из них, по убеждению ученого, достигли такого развития, что могут рассматриваться как самостоятельные системы внутри личности. К их числу он относит: Эго, Анима/Анимус, Персона, Тень, Самость [175, 196]. Это допущение представляется нам заслуживающим внимания в силу реалистичности наблюдаемых явлений, в связи с чем немного на них остановимся.

Эго – это так называемый «сознательный ум», образованный из личного опыта на основе мыслей, воспоминаний, чувств, действий. Эго находится во взаимодействии с личным бессознательным, состоящим из переживаний, прежде бывших сознательными, но впоследствии вытесненных, подавленных, игнорируемых или забытых.

Анима (у мужчины) и *Анимус* (у женщины) – бессознательные структуры, отражающие интрасексуальные связи, представления о противоположном поле.

Анима является бессознательным собирательным образом женщины в психике мужчины, сформированным опытом поколений, который обуславливает выбор партнерши. На содержание Анимы влияет сочетание архетипических образов культуры, в которой воспитывался мужчина, а также его личный опыт взаимодействия с женщинами, особенно с матерью [196]. Так, мужчина может проецировать на женщин один из четырех главных образов, в диапазоне от со-вратительницы до мудрости. Анима также рассматривается К. Юнгом как женское начало в мужчине, отвечающее за его настроение, чувства, эмоции, то есть за женские тенденции (например, сентиментальность, вспыльчивость, интуиция и др.).

Анимус у женщины проявляется в мужских качествах и поведении (уверенность, жесткость, решительность и т.п.). Для Анимуса характерен приоритет коллективного мнения перед индивидуальным, что может проявляться в поклонении авторитетам, «ученым умам», власть имущим и другим сильным личностям. По мнению К. Юнга каждая женщина должна познать свой Анимус и научиться контактировать с ним, но при этом развивать свою феминность [174].

Анима и Анимус, являясь одновременно и архетипическими образами и личностным комплексом, в структуре психики К. Юнга размещены ниже порога сознания и действуют из бессознательного [196]. При этом обладают как положительными, так и негативными аспектами, и соответственно могут приводить как к развитию личности, так и к психологическим проблемам: при подчинении Аниме/Анимусу личность может потерять свою идентичность, трансформироваться в психологически противоположный гендер.

Последователь К. Юнга, Дж. Хиллман считал, что Анима и Анимус существуют и у мужчины, и у женщины, в связи с чем негативный Анимус может проявляться не только у женщины, но и у мужчины [166]. Для исключения конфликтов между этими структурами и для создания целостной личности, мужчине и женщине необходимо осознать своих Аниму и Анимуса, что позволит обеспечить внутреннюю гармонию [166].

Персона – то, кем человек представляет себя окружающим, это своего рода «маска», отражающая исполнение социальных ролей, имидж и т.п. Согласно К. Юнгу, Персона является «ложным Self – приобретенной личностью, составленной из чужих убеждений» [174], то есть противоположна настоящей душе, истинной индивидуальности человека. Персона необходима для адаптации в социуме и выступает неким компромиссом между окружением и индивидуумом, в ней всегда больше перенятого от других, чем личного. В связи с этим ее можно считать элементом коллективной психики. Однако это не тождественно коллективному бессознательному, так как Персона лишь представляет поведение человека в рамках коллективной роли. При этом К. Юнг также отмечает,

что Персона не всецело коллективное явление, все же она частично выражает и индивидуальный Self [174].

В.В. Зеленский, обобщая толкования К. Юнга, определяет Персону как социальное «Я», роль человека, проистекающую от общественных ожиданий и обучения в раннем возрасте, и подмечает, что обычно это идеальные аспекты личности, вынесенные во внешний мир [57]. С. Сэмюэлс с соавторами указывают, что иногда под Персоной также подразумевается социальный архетип, включающий условности, требуемые для участия в общественной жизни [150].

Отмечается, что Персона может оказывать как позитивное, так и негативное влияние на личность человека. При доминировании Персоны человек может потерять свою индивидуальность, начать воспринимать себя только с позиции своих социальных ролей, упустить свои потенциальные возможности. Кроме того, идентификация с Персоной может привести к невротическим расстройствам в силу психологического дискомфорта, вызванного постоянной конформностью и уходом от собственного «Я» [174]. Вместе с тем Персона защищает личность от проникновения сторонних взглядов к ее слабым местам, недостаткам и интимным компонентам.

Тень – центр личного бессознательного. По своим функциям и выражениям, схожа с Id З. Фрейда – неосознаваемая «темная сторона» психики личности. К. Юнг определяет Тень, как анти-«Я», как то, чем индивидуум не хочет быть [174]. Тень включает в себя содержание (желания, чувства, мысли, агрессивные поступки, воспоминания, переживания), вытесненное из сознания, как несовместимое с его Персоной и/или с социальными нормами. В.В. Зеленский указывает, что «в той степени, в какой мы отождествляем себя со светлой и яркой Персоной, Тень соответственно играет роль тьмы» [57]. Если содержание Тени признается и осознается человеком, то есть шанс его скорректировать. К тому же Тень всегда взаимодействует с другими потребностями, поэтому склонна к изменению. Если же негативная сторона подавлена и исключена из сознания, то она никогда не будет исправлена и может проявиться неожиданно. По мнению К. Юнга, ассимиляции непризнанного содержания Тени с сознательной частью

личности зачастую препятствуют проекции на других людей, которые могут выражаться в агрессии, антипатии, ненависти и т.п.

Учитывая, что Тень по сути является составной частью личности, избавиться от нее невозможно, но необходимо научиться сосуществовать с ней, а для этого – принять, что, в частности, является задачей психоанализа [57]. Так, Ц.П. Короленко с коллегами отмечают, что при проработке Тени, клиента необходимо научить различать имиджи и ситуации, вероятнее всего провоцирующие проекции в повседневной жизни, а также научить человека использовать скрытые в Тени ресурсы [78].

Самость – это центр личности, объединяющий в себе сознательное и бессознательное и организуя между ними равновесие. Таким образом К. Юнг считает Самость архетипом целостности личности [174]. Развитие Самости – цель жизни человека, однако большинство людей ее не достигают, их Самость остается не развитой, и они ничего о ней не знают. В развитом состоянии Самость выступает в союзе с Эго, процесс формирования которого составляет суть индивидуации.

Кроме вышеобозначенных архетипов, являющихся по убеждению К. Юнга также элементами психики, существует и множество других. Он описал часть из них, дав им свои символические названия: Младенец, Дева, Великая Мать, Возрождение, Дух, Трикстер, Вотан, Бог, Смерть, Герой, Творец, Бунтарь и др. [174]. Истоки каждого из них взяты исследователем в мифологии и религии.

Последователи К. Юнга, говоря об архетипах как о бессознательных силах, направляющих энергию человека и управляющих его жизнью, называют их ролевыми архетипами [14, 22, 23]. Каждый архетип претворяет свой ролевой сценарий, как правило имеющий отражение в мифах.

Так, Дж.Ш. Болен, изучая в греческой мифологии мужские и женские архетипы, разработала собственную классификацию ролевых архетипов. Среди мужских архетипических образов Богов она выделяет: Зевса, Аполлона, Диониса, Гадеса, Гефеста, Посейдона [22]. Женские архетипы Дж. Болен разделяет на

три группы: алхимическая богиня Афродита, суверенные богини: Афина, Артемида, Гестия и уязвимые богини: Деметра, Персефона, Гера [23]. О наличии у человека какого-либо из этих архетипов может свидетельствовать соответствующее поведение, характерное для мифического героя.

Российский исследователь В.С. Мухина, разрабатывая идеи о феноменологии личности, в качестве архетипов рассматривает не только сущностную характеристику какого-либо героя, но и образов-символов [112]. Так она выделяет библейские архетипы, среди которых: персонажи Книги Ветхого Завета – Каин и Хам, Книги Нового Завета – Иисус и его апостолы (Петр, Фома, Иуда), а также архетип сатаны. В.С. Мухина отмечает, что отдельные черты личности этих библейских героев превратили их в особые архетипы, которые в силу своих негативных проявлений, впоследствии «стали так называемыми синдромами, знаменующими собой негативные личностные качества, настолько сконцентрированные в конкретной персоне, что одно имя их стало знаком конкретного симптома», как например: «Фома неверующий», Иуда – предатель, Каин – братоубийца, сатана – символ зла и др. [112, С. 163].

К числу наиболее значимых архетипических образов-символов В.С. Мухина относит: местоимения, отражающие социальные позиции людей по отношению друг к другу и обуславливающие самосознание и поведение: «я», «мы», «они», «не-я», «Я и другие», а также такие антонимы, как: «хороший-плохой», «добро-зло», «свои-чужие» и другие. Эти понятия имеют родовую историю, в них содержатся особые смыслы, определяющие ценностные ориентации, проявляемые в межличностных отношениях, в связи с чем они могут быть архетипами [112].

Использование теории архетипов и модели «главного» архетипа той или иной культуры, по мнению современных исследователей, также способно раскрыть природу существующих социальных процессов и предвидеть реакции в кризисных обстоятельствах. Ю.В. Филиппов и И.Н. Кольцова указывают, что в обществе существуют базовые архетипы, образующие «квинтэссенцию национально исторического мифа»: архетип земли, религиозно идеологический архе-

тип, архетип родства [160]. М. Марк и К. Пирсон считают, что в каждом обществе ведущие архетипы скрываются и чем они незримее, тем сильнее их воздействие на жизнь людей [102].

В соответствии с концепцией К. Юнга, коллективное бессознательное хранит множество архетипов. Каждый архетип отвечает за определенную типовую жизненную ситуацию и является шаблоном для поведения человека при данных обстоятельствах. У человека может быть любое количество архетипов. Уподобляя их инстинктам, которые руководят поведением человека, К. Юнг позиционировал архетипы как регуляторы психической жизни [174].

Настоящее положение заслуживает определенного внимания в попытках найти объяснение поведению человека, в том числе в рамках жизненной ретроспективы, однако вместе с тем, данная концепция, на наш взгляд не лишена недостатков. В частности, позиционируя архетип как первообраз, определяющий стиль жизни индивида, К. Юнг не дает ответ в том числе на вопрос, почему архетип не запускает жизненный стиль поведения человека, если он не прошел стадию Зеркало (например, как в случаях с детьми-маугли)? А также наиболее неизъяснимым и противоречивым остается постулат о сопоставлении объектов внутренней реальности (по типу Тень и Самость) в один ряд с архетипами, представленными в виде стилей жизни. Данное положение кажется нам нелогичным, в связи с чем в рамках нашей работы мы будем использовать слово «архетип» в его значении как некоего жизненного стиля, представленного определенной ролью в фольклоре [174].

Также, несмотря на теоретические заслуги К. Юнга, связанные с расширением представлений о психике человека и детерминантах его поведения, всё же с точки зрения коррекции, архетипическая концепция предстает перед нами как закрытая дверь: имея как данность архетип и его активированное состояние, К. Юнг не раскрывает, каким образом можно воздействовать на данный архетип («усыпить», откорректировать или поменять) [174]. Это, в свою очередь, порождает необходимость поиска тех инструментов, которые в большей

мере способны выявить глубинные структуры архетипа и оказать необходимое воздействие на эти структуры, с целью коррекции жизненного стиля человека.

1.3.4. Специфика бессознательных предикторов жизненных стилей, сопряженных с побуждающими мотивами и родовой предрасположенностью к ним

Рассмотрение проблемы определения бессознательных предикторов жизненных стилей будет, на наш взгляд, неполным без учета возможного влияния семейного (родового) фактора.

Наряду с теориями З. Фрейда и К. Юнга, полагавшими, что опыт индивида имеет след опыта предшествующих поколений, одним из направлений, изучающим вероятность родовой заложенности поведения и жизни человека, является трансгенерационный (межпоколенческий) подход. С его позиции, текущие проблемы человека – это следствие травмирующих ситуаций, неудовлетворенных потребностей и т.д., имевших место в семейной истории.

Так представители данного подхода (Н. Абрахам, И., Ф. Дольто, Дж.Л. Морено, А.А. Шутценбергер и др.) акцентируют свое внимание на родовом, чаще всего неосознаваемом, конфликте, передача которого последующему поколению происходит в связи с его неразрешенностью в предыдущих поколениях. Наряду с тем, ученые затрагивают проблему межпоколенной передачи семейных тайн, профессионального выбора и ранней смертности [1, 48, 171].

Одним из объяснений механизма трансгенерационной передачи является допущение о наличии устойчивой связи бессознательного матери и ребенка во внутриутробный период [48], бессознательной связи с «семейным призраком» посредством «белых пятен», «тайн», «недоговоренности» и т.д. [1, 171], наличии семейных мифов, со-сознательного и со-бессознательного членов семьи, находящихся в тесной эмоциональной связи [110] и др.

Автор концепции психогенеологии А.А. Шутценбергер при изучении межпоколенческих связей обнаружила закономерности, которые обрели название «синдром годовщины» – повтор даты или возраста, когда произошло значимое событие в жизненном цикле поколений [171]. Вместе с тем Шутценбер-

гер разработала метод геносоциограммы, который позволяет проанализировать взаимосвязи историй рода как бессознательный повтор опыта прошлых поколений.

Наиболее концептуально и методологически обоснованной, на наш взгляд, теорией изучения явлений семейного (родового) бессознательного, является концепция венгерского психоаналитика Леопольда Зонди – теория судьбоанализа [147].

Объединив идеи З. Фрейда и К. Юнга, своему семейному бессознательному Л. Зонди отводит место между личным и коллективным бессознательным, используя его в большей степени как метафору. По мнению Л. Зонди, родовое бессознательное (то есть притязания предков) проявляется в особенностях выборов человека, основанных на побуждениях (влечениях) и передаваемых по наследству [147]. Так он рассматривает жизненные выборы человека (в любви, дружбе, профессии, болезни и т.д.) с позиции генетического детерминизма, где источником желаний (движущей силой) являются гены (импульсивные тенденции), унаследованные в паре от отца и от матери. При реализации каждой из потребности, в качестве побудителя на передний план выходит одна из тенденций, имеющая больший энергетический заряд, другая остается в латентной форме, находясь в состоянии готовности на заднем плане. Таким образом, заложенная генетическая информация определяет жизненные побуждения человека [147].

Заслуживающим внимания положением концепции является утверждение, что несмотря на наследственную заложенность, человек имеет широкое многообразие выборов своей судьбы в силу вариативности комбинаций тенденций побуждений. Побуждения же выступают центральной категорией, отвечая за поведение индивида, его поступки, потребности, стремления и пр. В свою очередь, каждое побуждение проявляется через дуализм двух потребностей, направленных на достижение одной и той же цели, образуя вектор побуждения. Например, вектор сексуального побуждения – это соединение мужской и

женской потребностей (в активности и пассивности соответственно), целью которых является оплодотворение [176].

Особый интерес в теории Л. Зонди для нас представляет классификация системы побуждений [60, С. 50], как вероятностная модель объяснения истоков соответствующего типа поведения, приводящего к расстройствам в пищевом поведении женщин, а также модификации форм проявления побуждений [60, С. 51-52] как «возможности судьбы», то есть репрезентации жизненного стиля [Рисунок 4].

Тенденции побуждений	Факторы побуждений	Векторы побуждений
1. Тенденция к персональной чувственной любви. 2. Тенденция к коллективистской, гуманизированной доброте.	I. Женственность, материнство, <i>h</i> -фактор.	I. <i>S</i> -вектор Сексуальное побуждение.
3. Тенденция к садизму, агрессии, активности. 4. Тенденция к цивилизации, к благородству, к самопожертвованию, покорности, к пассивности и к мазохизму.	II. Мужественность, <i>s</i> -фактор.	
5. Тенденции к добру, к общечеловеческой справедливости, к терпимости, к доброте, к готовности помочь, к преданности, тип Авеля. 6. Тенденция к злу, к накоплению в душе гнева, ярости, ненависти, мести, ревности, нетерпимости, наглости, тип Каина.	III. Этические тенденции Авеля и Каина <i>e</i> -фактор.	II. <i>P</i> -вектор этическое побуждение, пароксизмальное побуждение к эмоциональной разрядке.
7. Тенденция к бесстыдному выставлению себя напоказ, к значительности. 8. Тенденция к застенчивости в обществе.	IV. Потребность обращать на себя внимание, эксгибиционизм <i>h_y</i> -фактор.	
9. Тенденция к аутизму, эгоизму, эгоцентризму, нарциссизму, к интроекции. 10. Тенденция приспособления к коллективу, к вытеснению.	V. Сужение <i>Я</i> , эгосистола, приспособление, материальное <i>Я</i> <i>k</i> -фактор.	III. <i>Sch</i> -вектор <i>Я</i> -побуждение.
11. Тенденция к экспансии <i>Я</i> , к выдвиганию обвинений против других. (проекция). 12. Тенденция к распространению гуманистических идеалов, духовных ценностей.	VI. Расширение <i>Я</i> , эгодиастола, духовное <i>Я</i> , <i>p</i> -фактор.	
13. Тенденция к приобретению ценностей у других, к поиску новых объектов, к неверности. 14. Тенденция к самоотречению в пользу других людей, к верности, к аннальности.	VII. Потребность в приобретении, в поиске, <i>d</i> -фактор.	IV. <i>S</i> -вектор Побуждение к контакту.
15. Тенденция прильнуть к старому объекту (человеку или вещи); к оральности, к гедонизму. 16. Тенденция к самоотторжению, к уединению.	VIII. Потребность в сцеплении и в отторжении, <i>m</i> -фактор	

Рисунок 4. Система побуждений в судьбоаналитической теории Л. Зонди

Несомненным достоинством теории судьбоанализа Л. Зонди является разработка психодиагностического инструментария [60], позволяющего отследить как «коренные» (то есть генетически обусловленные) факторы, так и актуальные (то есть манифестацию текущих потребностей побуждений). Таким образом можно предполагать о наличии и степени действия тех или иных побуждений, в том числе рецессивных, оказывающих бессознательное влияние на выборы человека и определяющих его поведение и жизненный стиль в целом.

Следует отметить, что феномен бессознательной межпоколенческой связи и родовой предрасположенности индивида к определенному поведению является предметом изучения преимущественно западных исследователей, которые в первую очередь рассматривают его с позиции деструктивного влияния на жизнь человека. При этом большинство работ, представленных выше направлений в качестве доказательной базы, имеют лишь описание клинических случаев (Н. Абрахам, З. Фрейд, К. Юнг и др.), что у многих по-прежнему вызывает некоторый скепсис. Теория А.А. Шутценбергер, несмотря на значительный практический опыт и статистически значимую доказательную базу, полученную Ж. Хилгард [171], оставляет открытым вопрос о механизме возникновения открытых ей явлений «синдром годовщины», «фантом» и т.д. Наряду с тем, Л. Зонди доказывает свою генотропную теорию семейного бессознательного многочисленными экспериментами и результатами теста, сбор которых продолжается по сей день.

Здесь стоит признать, что концепция судьбоанализа Л. Зонди, имея достаточно убедительные диагностические основания, вместе с тем в заложенной диалектике побуждений предоставляет возможности для коррекции жизненного стиля. Так, будучи достаточно детерминированным, судьбоанализ позволяет довольно быстро понять желания и осуществлять встречу субъекта со своим желанием с принятием его или комфортной разрядкой для недопущения перекосов невротизации или конверсионного невроза (то, что мы рассматриваем в рамках анорексии или ожирения при гиперфагии). Однако, также можно обна-

ружить, что предлагаемая судьбоаналитическая терапия, направленная в первую очередь на сублимацию побуждений в профессиональной деятельности, является недостаточно самостоятельной, так как неуклонно отсылает к психоанализу, тем самым демонстрируя потребность в использовании дополнительных подходов. Возможности использования теории судьбоанализа в сочетании с другими методами и подходами при коррекции жизненных стилей женщин с РПП будут представлены в третьей главе настоящей работы.

Выводы по Главе 1

Теоретический обзор изучения проблемы нарушенного и нормального пищевого поведения в различных научных подходах показал, что можно выделить психологические характеристики пищевого поведения, к числу которых относятся: регуляция психоэмоционального состояния, компенсация неудовлетворенных психологических потребностей, регуляция восприятия образа своего тела и др.

Вместе с тем, накопленный массив исследований содержит различные точки зрения на предикторы расстройств пищевого поведения (генетические, социокультурные, когнитивные и т.д.), однако в меньшей степени остается раскрытым вопрос о глубинных, бессознательных истоках этих расстройств.

Решению этой задачи может способствовать подход, при котором проблема расстройств пищевого поведения может быть рассмотрена через обращение к представлениям о жизненном пространстве человека, его личностной позиции в выборе жизненного стиля на сознательном и бессознательном уровнях.

Анализ психодинамического подхода в психологии в вопросах структуры бессознательного позволяет признать приемлемой идею влияния сферы бессознательного на формирование жизненных стилей, природа которых может быть раскрыта через специфику бессознательных предикторов, сопряженных с психотравмами, архетипами, побуждающими мотивами и родовой предрасположенностью к ним.

Соотношение понятия «жизненный стиль» с близкими ему по смыслу понятиями в различных научных подходах позволил нам определить его место в жизни человека и дать рабочий вариант этого понятия: **жизненный стиль** – модель жизнедеятельности личности, форма проявления ее побуждений, ценностей, убеждений, установок, поведенческих паттернов и выборов в повседневной жизни.

Согласно модели, основанной на обобщении различных взглядов, **жизненный стиль** является частью жизненного пути, в основе которого расположена система ценностно-мотивационных координат жизненного пространства (мира) личности.

В свою очередь, в модели жизненного стиля можно выделить три структурных компонента: 1 – **глубинный**, представленный глубинным сценарием жизни и судьбой влечений; 2 – **когнитивно-мотивационный**, включающий в себя установки, представления, образ жизни (отдых, досуг, самоорганизация, классовые объекты, предпочтения в моде и т.д.); 3 – **поведенческий**, отражающий паттерны повседневного реагирования.

Анализ литературы позволил гипотетически определить психологические предикторы каждого из компонентов жизненного стиля. Так, к бессознательным предикторам глубинного сценария жизни и судьбы влечений относятся побуждающие мотивы, имеющие наследственную предрасположенность. В число предикторов образа жизни входят преимущественно осознаваемые ценностные ориентации, установки, мотивы, цели и особенности личности. Паттерны повседневного реагирования формируются на основе влечений, психотравм, используемых психологических защит, индивидуально-психологических личностных свойств и мотивов, которые могут иметь как сознательную, так и бессознательную природу.

Опираясь на методологические принципы теории З. Фрейда о бессознательном, учения К. Юнга об архетипах как глубинных сценариях жизни, теории судьбоанализа Л. Зонди, была построена гипотетическая типология жизненных

стилей: ригидно-аффективный, пластично-аффективный и стабильно-аффективный жизненные стили. Ключевым критерием построения типологии выступил характер энергии аффективных проявлений личности.

Разработанная модель жизненного стиля и его типология позволяют нам предположить, что каждому типу жизненного стиля соответствует комплекс тех или иных преобладающих психологических предикторов, которые закономерно можно обнаружить у женщин с тем или иным видом расстройства пищевого поведения. Иными словами, каждому виду нормального или нарушенного пищевого поведения женщин соответствует определенный жизненный стиль, обусловленный доминирующим сочетанием психологических предикторов.

ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕДИКТОРОВ ЖИЗНЕННЫХ СТИЛЕЙ ЖЕНЩИН С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

2.1. Программа исследования

Цель исследования заключалась в изучении психологических предикторов жизненных стилей женщин с различными расстройствами пищевого поведения.

В соответствии с поставленной целью в эмпирической части работы решались следующие **задачи**:

1. Определить психологические предикторы жизненных стилей женщин с различными расстройствами пищевого поведения и женщин с нормальным пищевым поведением.

2. Определить различия в психологических предикторах жизненных стилей женщин с различными расстройствами пищевого поведения и женщин без расстройств пищевого поведения.

3. Определить жизненный стиль у женщин с различными расстройствами пищевого поведения и у женщин без расстройства пищевого поведения.

4. Выявить взаимосвязи расстройства пищевого поведения с доминирующими побуждающими мотивами и вычленить типологию жизненных стилей женщин с расстройствами пищевого поведения.

5. Разработать коррекционную программу для женщин с расстройствами пищевого поведения.

Объект исследования – женщины с расстройствами пищевого поведения.

Предмет исследования – типы жизненных стилей женщин с расстройством пищевого поведения.

Гипотезы исследования.

1. Предположительно каждому виду нарушенного пищевого поведения женщин может соответствовать определенный тип жизненного стиля (пластич-

но-аффективный, ригидно-аффективный и стабильно-аффективный). При этом в структуре жизненного стиля могут быть следующие компоненты: 1) глубинный, 2) когнитивно-мотивационный, 3) поведенческий.

2. Тип жизненного стиля женщин с расстройствами пищевого поведения может характеризоваться особыми психологическими предикторами (форма привязанности, степень агрессивности и тревожности, побуждающие мотивы, психологические защиты, психотравмы, содержание и движения в сфере «Я»). Определенный вид расстройства пищевого поведения может быть связан с доминирующими специфическими побуждающими мотивами, аффектами, установками, задаваемыми внешними и внутрисемейными факторами.

3. Содержание коррекционной программы, направленной на трансформацию жизненных стилей женщин с расстройствами пищевого поведения, может быть основано на изучении и воздействии на их психологические предикторы.

Эмпирическая база исследования. Исследование проходило на базе ООО «Центр психологической безопасности» г. Ростова-на-Дону.

В исследовании приняли участие 759 человек женского пола в возрасте от 13 до 60 лет, из них: 257 человек с гиперфагией (переедание), 49 человек с булимией (чрезмерное потребление пищи, а потом избавление от нее), 78 человек с анорексией (стремление к постоянному снижению веса), 375 человек без признаков РПП.

Этапы проведения исследования. Исследование проводилось в 3 этапа.

Первый этап (2016-2017 гг.) – носил пилотажный характер и был направлен на решение следующих задач:

1. Подбор методик исследования расстройств пищевого поведения.
2. Подбор методик исследования психологических предикторов жизненного стиля.
3. Изучение особенностей жизненного стиля женщин с различными расстройствами пищевого поведения.

На данном этапе исследования приняли участие 38 женщин и девушек, получавших психотерапевтическую помощь в связи с наличием у них симптомов расстройства пищевого поведения, вызывающих беспокойство, в том числе лишним весом: 23 человека с гиперфагией, 11 человек с булимией, 4 человека с анорексией. Возраст испытуемых: от 22 до 60 лет. Исследование проводило на базе ООО «Центр психологической безопасности», г. Ростов-на-Дону.

Второй этап (2017-2022 гг.) – заключался в расширении инструментария исследования для решения следующих задач:

1. Определение психологических предикторов жизненных стилей женщин с различными расстройствами пищевого поведения и женщин с нормальным пищевым поведением.

2. Определение различий в психологических предикторах жизненных стилей женщин с различными расстройствами пищевого поведения и женщин без расстройств пищевого поведения.

3. Определение жизненного стиля у женщин с расстройствами пищевого поведения и нормальным пищевым поведением.

4. Выявление взаимосвязи расстройства пищевого поведения с психологическими предикторами жизненного стиля.

На данном этапе были обследованы 384 девушки и женщины в возрасте от 13 до 60 лет, получавших психотерапевтическую помощь в индивидуальной и/или групповой форме (в том числе в онлайн-формате посредством сети Интернет) в связи с наличием у них симптомов расстройства пищевого поведения, вызывающих беспокойство, в том числе лишним весом: 257 человек с гиперфагией, 49 человек с булимией, 78 человек анорексией. Контрольную группу составили 375 девушек и женщин в возрасте от 18 до 60 лет, не имеющие симптомов расстройства пищевого поведения. Исследование проводило на базе ООО «Центр психологической безопасности», г. Ростов-на-Дону.

В исследовании приняли участие девушки и женщины с различным социальным и семейным статусом: из числа лиц с симптомами гиперфагии 185 человек замужем, 72 человека не замужем (в том числе 54 человека в разводе); из числа испытуемых с симптомами булимии 26 человек замужем, 23 человека не замужем (в том числе 14 человек в разводе); из числа лиц с симптомами анорексии 3 человека замужем, 75 человек не замужем (в том числе 24 человека в разводе); из числа лиц без симптомов расстройства пищевого поведения 211 человек замужем, 164 человека не замужем (в том числе 30 человек в разводе).

На третьем этапе (2022 г.) были подведены итоги эмпирического исследования, уточнены отдельные теоретические положения.

2.2. Обоснование методов исследования

Согласно представлениям о структуре жизненного стиля, описанным в параграфе 1.2.2, были подобраны методики для изучения его глубинного и поведенческого компонентов.

Для определения возможного наличия расстройства пищевого поведения, степени его соответствия симптомам, обозначаемым испытуемыми, был использован Тест отношения к приему пищи – «Eating Attitudes Test» (EAT-26) [192].

Тест EAT-26

Данный диагностический инструмент был разработан в 1979 году Институтом психиатрии Кларка в университете Торонто и изначально предназначался для скрининга нервной анорексии и состоял из 40 вопросов [192]. В последствии, в 1982 году тест был модифицирован для выявления более широкого спектра психологических расстройств пищевого поведения и в настоящее время содержит шкалу из 26 вопросов [206].

Унифицированное применение и четкость представленного варианта EAT-26 наиболее полным образом отвечает решению поставленных задач

нашего исследования в части подтверждения заявленных участниками у них видов расстройств пищевого поведения.

Тест состоит из 26 основных вопросов и 5 дополнительных. Основная шкала содержит описание ситуаций, характерных для поведения при нервной анорексии и булимии, а также по которым можно судить о наличии признаков компульсивного переедания (гиперфагии) или ограничительного пищевого поведения. При ответе на основные вопросы обследуемому необходимо выбрать один из 6 вариантов, характеризующих частоту указанного поведения или ситуации: «никогда», «редко», «иногда», «довольно часто», «как правило», «постоянно». Дополнительные вопросы предназначены для конкретизации и оценки глубины существующего РПП за шесть предшествующих месяцев. В данных вопросах представлено только два варианта ответа: «да» или «нет».

ЕАТ-26 относится к серии self-test и предполагает самостоятельное выполнение обследуемым без участия специалиста.

Достоверность результатов теста доказана рядом исследований [190 и др.], что позволяет нам использовать его в заявленных целях в комплексе с другими методами. При этом отметим, что в задачи исследования не входило установление диагноза РПП, а указанный тест служил лишь для подтверждения/отрицания наличия проблемы с пищевым поведением у участниц исследования. Вместе с тем результаты ЕАТ-26 подвергались содержательному анализу, и в случае необходимости прояснения каких-либо вопросов, проводилась дополнительная беседа.

Исходя из представлений о том, что системообразующий компонент жизненного стиля человека находится в глубинных слоях психики, нами были подобраны методики для определения бессознательных паттернов поведения: Тест Зонди, Методика «Индекс жизненного стиля» (LSI), 16-ти факторный личностный опросник Р.Б. Кеттелла.

Тест Зонди

Проективный личностный тест с методом портретных выборов был разработан венгерским психоаналитиком и психологом Л. Зонди в 1947 году и является диагностическим инструментом индивидуально-специфичных функций побуждений и сферы Я [60], рассмотренных нами в параграфе 1.3.4.

Тестовый аппарат состоит из 48 фотографий, разбитых на 6 серий по 8 штук. На фотографиях изображены индивиды с различными психическими заболеваниями. В ходе теста человек должен выбрать наиболее симпатичные и наименее приятные портреты мужчин и женщин, каждый из которых отражает проявление одного из восьми специфических потребностей побуждений (факторов):

1. h – сексуальная недифференцированность;
2. s – садизм-мазохизм;
3. e – эпилептоидные тенденции;
4. hu – истерические склонности;
5. k – кататонические проявления;
6. p – паранойяльность;
7. d – депрессивное состояние;
8. m – маниакальные проявления [60].

Каждый фактор побуждений представлен одинаковым числом фотографий. В первой части исследования из 24 отобранных портретов (12 симпатичных и 12 неприятных) формируется «профиль переднего плана» (ППП), отражающий тенденции побуждений и сферы Я, которые в силу своей актуальности находятся на *переднем плане* личности. По результатам вторых выборов формируется «экспериментальный комплементарный профиль заднего плана» (ЭКП) с функциями побуждений и функциями Я, которые в настоящий момент бессознательны. Оба профиля позволяют оценить две взаимодополняющие возможности судьбы (актуальную и прошлую жизненные ситуации), которые в

настоящий момент оказывают влияние на передний и задний план конкретного человека.

Таким образом тест позволяет определить личностные паттерны человека и выявить те или иные проблемы или патологии личности, включая склонность к зависимостям.

Надежность теста и возможности его применения в различных областях (возрастная, детская, семейная психология, коррекционная педагогика, криминология, психиатрия, психосоматика, профориентация) подкреплены значительными практическими данными исследователей разных стран [148, С. 427-476], в том числе автор подчеркивает, что генно-биологическая и наследственно-психологическая природа теста подтверждается результатами близнецовых исследований [148, С. 471].

Для исследования неосознаваемых и частично осознаваемых стратегий поведения, влияющих на формирование стиля жизни человека, была использована методика «Life Style Index» (LSI) – «Индекс жизненного стиля» [136].

Методика «Индекс жизненного стиля» (LSI)

Методика разработана Р. Плутчиком в соавторстве с Г. Келлерманом и Х. Контом в 1979 году. В исследовании использован вариант опросника, адаптированный Е.С. Романовой и Л.Р. Гребенниковым [136], который состоит из 97 стимульных утверждений, позволяющих оценить модель психологической защиты индивида. Измерение степени использования психологических защит происходит по 8 шкалам: «Отрицание», «Подавление», «Регрессия», «Компенсация», «Проекция», «Замещение», «Интеллектуализация», «Реактивное образование».

Наряду с построением профиля психологической защиты, методика «Индекс жизненного стиля» (LSI) позволяет оценить специфику поведения человека, акцентуации и возможные девиации, предпочитаемые групповые роли, а также косвенно измерить уровни внутриличностного конфликта, что в рамках нашего исследования повышает интерес к данной методике.

16-ти факторный личностный опросник Р. Кеттелла (16PF)

Опросник Кеттелла является одной из наиболее известных многофакторных методик оценки свойств личности [64]. Он позволяет оценить поведение человека с позиции шестнадцати психологических характеристик личности, в том числе относящихся к самооценке. Каждый фактор предполагает устойчивую вероятностную связь между отдельными чертами личности, структура которых формирует вероятностную модель ее индивидуально-психологических свойств. На основании этой модели можно прогнозировать поведение человека в определенных жизненных ситуациях [64].

Опросник Р. Кеттелла представлен в 6 формах: А и В (для лиц с высшим образованием), С и D (для лиц со средним и высшим образованием), Е и F (для лиц с низким уровнем образования).

В настоящей работе для испытуемых старше 16 лет был использован вариант С в адаптации А.Н. Капустиной. Данная форма выбрана в силу ряда причин: 1) она применима для людей с разным уровнем образования, что для нашего исследования является важным фактором, т.к. группа респондентов является разнородной по своему социально-профессиональному статусу; 2) на заполнение требуется меньшее количество времени (30-40 мин.) по сравнению с другими формами (50 мин.); 3) формулировка вопросов более обобщенная и позволяет исключить давать «предполагаемый желательный ответ»; 4) «сырые» значения не обязательно переводить в баллы, как в других формах, что облегчает процесс обработки данных и сокращает его временные затраты.

Форма С опросника 16PF содержит 105 вопросов, по результатам ответов на которые происходит оценка 17-ти полярных факторов личности (16 основных + фактор самооценки, который дает информацию об ее адекватности). Факторы обозначаются латинскими буквами, а также имеют технические (для психологов) и бытовые (общедоступные) названия и представлены в биполярной форме:

1. фактор А: Шизотимия-Аффектометрия (А-: Замкнутость; А+: Общительность);
2. фактор В: Интеллект-Высокий интеллект (В-: Конкретное мышление; В+: Абстрактное мышление);
3. фактор С: Слабое «Я»-Сила «Я» (С-: Эмоциональная нестабильность; С+: Эмоциональная стабильность);
4. фактор Е: Покорность-Доминантность (Е-: Подчиненность; Е+: Доминантность);
5. фактор F: Дисургензия-Сургензия (F-: Сдержанность; F+: Экспрессивность);
6. фактор G: «Сверх-Я»-слабость-«Сверх-Я»-сила (G-: Низкая нормативность поведения; G+: Высокая нормативность поведения);
7. фактор H: Трекция-Пармия (H-: Робость; H+: Смелость);
8. фактор J: Харрея-Премсия (J-: Реализм; J+: Чувствительность);
9. фактор L: Алаксия-Протензия (L-: Доверчивость; L+: Подозрительность);
10. фактор M: Праксерния-Аутия (M-: Практичность; M+: Мечтательность);
11. фактор N: Натурал фортриднесс-Ревднес (N-: Прямолинейность; N+: Дипломатичность);
12. фактор O: Гипертимия-Гипотимия (O-: Спокойствие; O+: Тревожность);
13. фактор Q1: Ригидность-Гибкость (Q1-: Консерватизм; Q1+: Радикализм);
14. фактор Q2: Социабельность-Самодостаточность (Q2-: Конформизм; Q2+: Нонконформизм);
15. фактор Q3: Импульсивность-Контроль желаний (Q3-: Низкий самоконтроль; Q3: Высокий самоконтроль);

16. фактор Q4: Нефрустрированность-Фрустрированность (Q4-: Расслабленность; Q4+: Эмоциональная напряженность);

17. фактор MD: Самооценка (MD-: Адекватная самооценка; MD+: Неадекватная самооценка).

Стоит отметить, что указанные полюса не несут в себе положительного или отрицательного значения. Характер их смыслового содержания определяется с учетом индивидуальных особенностей личности, социальных отношений и др.

Представленные факторы являются так называемыми «факторами первого порядка». Наряду с тем, Р. Кеттеллом также выделены 8 «факторов второго порядка», которые являются более общими по отношению к первым, т.е. их можно рассматривать как генерализованные черты личности [64]. Анализ этих факторов способствует комплексному пониманию структуры конкретной личности, что в определении предикторов жизненного стиля является значимой детерминантой.

Для оценки свойств личности испытуемых в возрасте от 13 до 16 лет был использован вариант 16-факторного опросника, разработанный Р. Кеттеллом специально для данной возрастной категории – «Личностный опросник для подростков в возрасте от 12 до 16 лет» (HSPQ). В сравнении с 16PF опросник для подростков содержит меньшее количество личностных факторов (14), а также включает факторы, которые у взрослых теряют свою выраженность. Всего в опроснике 142 вопроса.

Исходя из суждения о том, что агрессия (как ключевое проявление грубых аффектов) и тревога (как ключевое проявление мягких аффектов) могут задавать вектор жизненного стиля, обуславливающий расстройство пищевого поведения, для определения степени выраженности этих свойств личности были использованы следующие методики:

Тест агрессивности – опросник Л.Г. Почебут

Опросник Л.Г. Почебут является адаптированной версией Теста агрессивности Басса-Дарки [129] и направлен на диагностику агрессивного поведения и адаптивные возможности личности в социальной среде.

Опросник содержит 40 утверждений, предполагающих однозначный ответ «да» или «нет» и отражающих модель поведения человека в стрессовых и конфликтных ситуациях. Результаты теста также позволяют судить об уровне проявления каждой из 5 видов агрессии: вербальной, физической, предметной, эмоциональной, самоагрессии.

Тест тревожности Спилбергера-Ханина

Используемая в настоящей работе методика оценки тревожности была разработана Ч. Спилбергером и адаптирована для русскоязычного населения Ю.Л. Ханином [129]. Она определяет уровень тревожности личности исходя из самооценки: высокая, средняя, низкая тревожность.

Тест содержит две шкалы: 1 – по выявлению ситуативной тревожности, оценивает состояние человека в настоящий момент и может проявляться как кратковременная эмоциональная реакция на стрессор (ожидаемый или недавно полученный); 2 – определяет уровень личностной тревожности как индивидуальной характеристики, отражающей склонность человека к тревоге из-за ситуаций, которые он воспринимает как потенциально опасные для его самовосприятия [129]. Таким образом тест позволяет определить уровень тревоги как состояния и как свойства личности. В рамках исследуемых задач, наибольший интерес для нас представляла степень проявления личностной тревоги.

Каждая шкала имеет 20 вопросов с 4 вариантами ответов: от «нет, это совсем не так» до «совершенно верно». Выделение в тесте широкого спектра ситуаций, обуславливающих поведение человека, а также небольшие временные затраты на его заполнение, являются значимыми преимуществами данной методики.

Для определения наличия и вида детской психотравмы как сознательно-бессознательного предиктора жизненного стиля, было использовано структурированное психоаналитическое интервью в сочетании с работой с субмодальностями.

Авторское структурированное психоаналитическое интервью

Интервью было направлено на установление жизненной истории женщин с РПП, выявление ключевых жизненных моментов, которые могли оказать травмирующее действие и привести к РПП. Особое внимание было уделено раскрытию критически значимых ситуаций в период детства. Вопросы интервью структурированы по категориям, в том числе отражающим ощущение участницами любви родителей, восхищения с их стороны, случаев унижения (родителями, сиблингами, сверстниками, другими лицами).

Так женщинам предлагалось рассказать о том, что они знают о периоде своего младенчества и раннего возраста (продолжительность грудного вскармливания, сосание соски, характер выполнения матерью функций по уходу и развитию младенца, особенности приучения к горшку и т.п.), охарактеризовать свои взаимоотношения с родителями, сиблингами и другими близкими родственниками в детском возрасте, насколько женщины успешны, по мнению близкого окружения, и своему собственному восприятию, начиная с дошкольного возраста, как относятся к своей внешности, произошло ли изменение этого отношения по сравнению с детством и пр. Особое внимание уделялось оценке сравнения отношения матери к брату респондентки, сопоставления с другими мальчиками и девочками, описанию периода полового созревания и т.д.

Для подтверждения достоверности полученных в ходе исследования результатов, были использованы **методы статистического анализа данных**: 1) непараметрический метод Краскела-Уоллиса – определение уровня значимости различий в проявлении заданного признака между группами респондентов путем множественного попарного сравнения; 2) метод корреляционного анализа Спирмена – определение уровня и типа корреляционной связи между заданными

ми признаками; 3) факторный анализ – определение значимых факторов (групп психологических предикторов); 4) кластерный анализ – выделение подгрупп респондентов по заданным признакам. Все расчеты проводились с помощью пакета прикладных программ Stat Research Excel, 2021.

2.3. Результаты исследования

2.3.1. Особенности бессознательных побуждающих мотивов у женщин с расстройствами пищевого поведения и нормальным пищевым поведением

В исследовании приняли участие девушки и женщины, обеспокоенные своей массой тела и/или типом пищевого поведения. В том числе 257 человек высказывали озабоченность наличием, по их мнению, лишнего веса. Часть из них в качестве причины избыточного веса указывали приступы переедания, иные отмечали систематическое чрезмерное потребление пищи.

Для подтверждения наличия у испытуемых проблем с пищевым поведением и определения вида РПП, на симптомы которого они ссылались, был использован тест ЕАТ-26 [151].

В Таблице 1 представлены результаты отношения к пище у исследуемых групп женщин. Для дальнейшего удобства при презентации данных исследования группы испытуемых с РПП будут именоваться по названию соответствующего им типа РПП: женщины с лишним весом и ожирением как следствием гиперфагии – «Гиперфагия», женщины с анорексией – «Анорексия», женщины с булимией – «Булимия».

Результаты теста ЕАТ-26 участниц исследования

Результат теста ЕАТ-26	Женщины с РПП			Женщины без РПП (N=380)	Всего	Уровень р, (df=6)
	Гиперфагия (N=257)	Анорексия (N=78)	Булимия (N=49)			
отсутствие признаков РПП	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	375 (98,68%)	375	<0,0001
повышенная вероятность РПП	196 (76,26%)	5 (6,41%)	1 (2,04%)	4 (1,05%)	206	
признаки РПП	61 (23,74%)	73 (93,59%)	48 (97,96%)	1 (0,26%)	183	

Условные обозначения: N – объем выборки; p – уровень достоверности различий; df – степени свободы

В целом можно отметить, что результаты теста подтвердили наличие проблем в пищевом поведении у женщин, обратившихся за психотерапевтической помощью, на уровне значимости $p < 0,0001$. При этом единичные случаи признаков и повышенной вероятности РПП в первоначальном составе контрольной группы не являются предметом нашего исследования в силу отсутствия признания этими респондентами своих проблем с пищевым поведением. С целью недопущения вероятности искажения результатов исследования, данные респонденты были исключены из дальнейшего хода исследования.

Анализ данных с помощью метода Краскела-Уоллиса выявил значимость различий между всеми попарными группами на уровне $p < 0,0001$, за исключением групп Анорексия-Булимия, где $p = 0,5282$, что свидетельствует о наибольшем сходстве данных групп респондентов в проявлении у них признаков РПП.

Для решения задачи по определению психологических предикторов глубинного сценария как ядра бессознательного компонента разработанной модели жизненного стиля, с помощью теста Зонди были определены ведущие тенденции побуждающих мотивов поведения участниц исследования. Тестирование проводилось 10-тикратно.

В Приложении А представлены обобщенные результаты выявленных побуждений в профилях переднего плана исследуемых групп респондентов.

Факторы первого вектора S «Сексуальное побуждение» отражают две движущие силы: эрос – тенденции к любви и нежности (h) и танатос – тенденции к разрушению, смерти (s), как в индивидуальном, так и общечеловеческом плане. Фактор h является фактором любой связи между людьми: сексуальной, любовной, дружественной, духовной и т.д. Фактор s отражает биполярные тенденции: к садизму, агрессии, активности ($+s$) и тенденции к благородству, самопожертвованию, покорности и т.п. ($-s$) [60, С. 50].

Остановимся на наиболее часто встречаемых тенденциях в каждой группе.

У большинства респондентов с гиперфагией наблюдаются избыточные положительные реакции $+!h$, $+!!h$ (эрос-гипертонические реакции), отражающие готовность к нежным контактам. Но в то же время, в сочетании с избыточными негативными реакциями $-!s$ свидетельствуют о ярко выраженном мазохизме (либо о подавлении или вытеснении выраженных разрушительных тенденций). Нулевые реакции $0h$ говорят о разрядке побуждения (половой акт, мастурбация перед тестированием), либо, при сохранении нулевого значения на протяжении нескольких дней тестирования о сознательной аскезе в сексуальном плане. В сочетании с $-s$ демонстрируют у участниц покорность, пассивность и жертвование собой, а при $-!s$ и $-!!s$ – также говорят о мазохизме.

У респондентов с анорексией преобладающим было обнаружено сочетание негативной реакции эроса $-hs$ позитивной и гипертонусной положительной реакциями танатоса $+s$, $+!s/+!!s$, что расценивается как наличие садизма с одновременным подавлением любви к конкретным людям, которое вместе с тем может сублимироваться в садогуманизм в виде агрессивной любви ко всему человечеству [148, С. 103]. Нулевые реакции $0h$ при $+s$ ($+!s/+!!s$) также говорят о доминировании агрессии и садизма, наблюдаемой активности с инфантильным удовлетворением любви. Проявленное в ряде случаев сочетание $+!h/+!!h$ с

Осможет свидетельствовать о происшедшей накануне разрядке агрессии для снятия напряжения, накопленного вследствие либидозной неудовлетворенности. Выявленные у незначительной части участниц нулевые реакции в обоих факторах ($0h$, $0s$) отразили их добровольное сексуальное воздержание в качестве наказания себя за «греховность» своих сексуальных притязаний. Наличие негативных реакций $-s$ и их сверхдавление ($-!s/-!!s$) продемонстрировали самодеструкцию, которая у участниц с анорексией проявляется в физическом самоистязании. Амбивалентные тенденции $\pm s$ проявились в связи с $-h$, что указывает на садомазохизм с подавлением эроса, и ввиду отсутствия любви и эротической связи с конкретным человеком, отражает, как следствие, несчастливую судьбу [60].

У женщин с булимией, фактор эроса наиболее частые сочетания с фактором танатоса имеет в значениях: $-h+s(+!s, +!!s)$, что указывает на наличие садизма при подавлении любви, которое может сублимироваться в садогуманизм. Также о господстве садизма и агрессии у данной группы респондентов говорят значения $0h$ при $+s$ ($+!s/+!!s$) (где наблюдается относительный дефицит эроspotребности при одновременном стремлении в разрушении, которое подавляет все остальные притязания вектора S). Проявленное гипердавление $+!h/+!!h$ свидетельствует о переполнении эрос-энергии, которая не имеет разрядки, что в итоге приводит к беспокойству, в том числе сопровождаемому тенденциями к саморазрушению или внешней агрессии. Этим может объясняться цикличность поведения при булимии, где внутреннее напряжение сначала приводит к неконтролируемому перееданию, а в дальнейшем с целью разрядки – к физическому самоистязанию с одновременным выплеском негатива на окружающих. Эта разрядка наблюдается в редких случаях, при $+!h(+!!h)0s$. Единичные амбивалентные реакции $\pm h$ с $-s(-!s)$ демонстрируют женское стремление отдаваться. А амбивалентность танатоса $\pm s$ при $-h$ указывают на садомазохизм при отсутствии любви.

У женщин без РПП число наиболее встречаемых тенденций условно можно разделить на три группы: нормальная сексуальность со стремлением к любви к конкретному человеку ($+h+s$, $+h0s$), агрессивно-садистические тенденции ($-h+s$, $0h+s$) и гуманистические тенденции ($-h0s$).

В целом, анализ попарного сравнения ведущих тенденций побуждений S -вектора показал наличие значимых различий между всеми парами групп на уровне $p < 0,0001$, за исключением пары Анорексия-Булимия, где $p = 0,5834$, что свидетельствует о наибольшем совпадении доминирующих тенденций у женщин с данными видами РПП.

На Рисунке 5 представлены преобладающие тенденции вектора «Сексуальное побуждение».

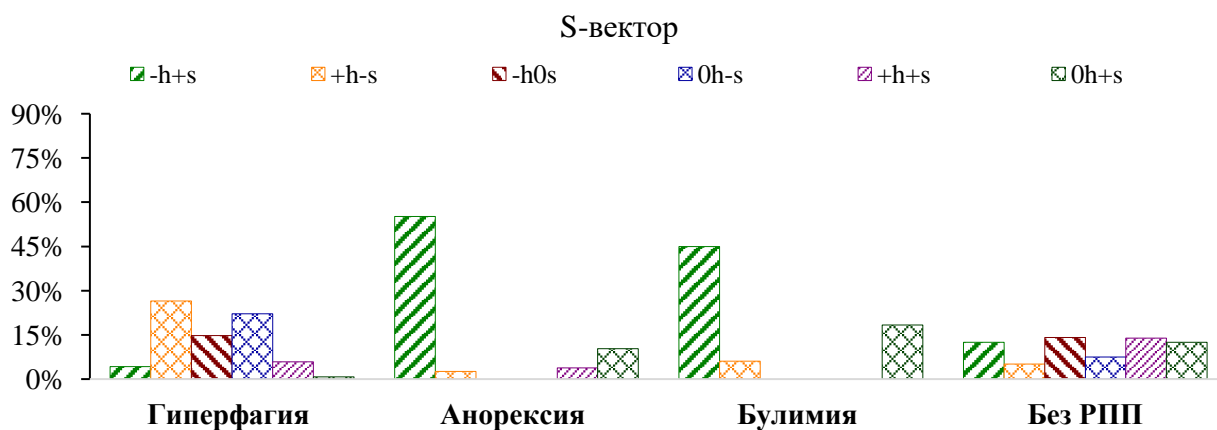


Рисунок 5. Ведущие тенденции побуждений в S -векторе «Сексуальное побуждение»

Так, в качестве ведущих тенденций у женщин с гиперфагией преобладают стремления к покорности, пассивности, мазохизму и гуманизму, которые при наблюдаемых гиперпроявлениях носят деструктивный характер. Учитывая, что сущность s -фактора заключается в активности-пассивности не только в сексуальной, но и в любой другой деятельности человека, наличие саморазрушительных тенденций может, в том числе, объяснить причину набора и удержания лишнего веса, имеющегося у респондентов с гиперфагией. У женщин с анорексией, также как и у женщин с булимией, мы наблюдаем подавление либидозной энергии при доминировании тенденций к разрушению, проявляемых в виде

агрессии и садизма. У женщин без РПП отмечаются различные вариации проявлений стремлений эроса и танатоса – от чувственной любви и нежности как к конкретному человеку, так и в общем к человечеству, до тенденций к агрессии и садизму.

Таким образом можно заключить, что доминирующие тенденции у женщин с гиперфагией являются диаметрально противоположными тенденциям женщин с анорексией и булимией, а у женщин без РПП различные стремления представлены примерно в одинаковой степени.

Второй, *P*-вектор «Этическое побуждение, пароксизмальное побуждение к эмоциональной разрядке» является отражением силы энергии аффектов, где фактор *e* обуславливает как грубые аффекты (ярость, ненависть, злость и др.), составляя тенденцию Каина (*-e*), так и этические действия (справедливость, доброта и т.д.), представляя тенденцию Авеля (*+e*) [60, С. 50]. Здесь важно подчеркнуть разницу с фактором *s* *S*-вектора: *+s* выражает тенденцию к одобряемой агрессии и садизму, а *-e* отражает аффективную сторону побуждений, где накопление аффектов приводит к неожиданной разрядке в форме инстинктивных эмоциональных проявлений. Грубые аффекты Каина как правило направлены на поражение врага (объекты как внешней, так и внутренней реальности) и обусловлены преимущественно борьбой за справедливость, в то время как тенденция насилия *+s* отражает деструктивную направленность личности. Вместе с тем, в *P*-векторе фактор *hy* отражает потребность в обращении на себя внимания и эксгибиционизме, создавая диалектику, где *-hy* – желание скрыться, обуславливает формирование моральных барьеров в виде стыда, а *+hy* приводит к проявлению тщеславия.

По результатам теста у женщин с гиперфагией наблюдается преобладание реакции *-e* (каинитская настроенность) как правило в сочетании с *-hy* и *!hy/-!hy*, что в результате отражает паническую тревогу, чаще всего в форме реально обоснованной экзистенциальной паники [148, С. 121], которая в свою очередь приводит к фиксации на приёме пищи и переедании. При такой комбина-

ции переднего плана, на заднем (комплементарном) плане всегда присутствует Авель, который при триггерных обстоятельствах выходит из тени на первый план. Амбивалентные реакции $\pm e$ у женщин с гиперфагией наблюдаются преимущественно при $-hu$, демонстрируя таким образом скрытую этическую борьбу, которую Л. Зонди рассматривает как Авеля ($P+-$), переполненного желанием Каина ($-e$) или как прячущегося этического скептика. Комбинации $+e-hu$ также указывают на «кроткого как овечка» Авеля с его морально-этическим поведением: стремление быть по отношению к людям совестливым, честным, терпеливым, добрым и отзывчивым, и при этом не переступить через моральные барьеры, диктуемые стыдом [148, С. 134], что тоже сопровождается постоянной тревожностью. В такой ситуации человек «скрывается», подавляет свое тщеславие, не допускает активации грубых аффектов и поэтому считается добрым и хорошим. Нулевые реакции $0e$ в сочетании с $-hu$ указывают на чрезмерную тенденцию к страху сензитивных отношений, в результате чего сомнения о том, стоит ли вести себя «по совести», приводят к разрядке грубых аффектов. Реже встречаются реакции $0e+hu$, отражающие ослабление влияния этической стороны, и как следствие может наблюдаться эксбиционизм в какой-либо области. Стоит отметить, что у большинства женщин (порядка 80%) в профиле заднего плана отмечаются тенденции садизма ($-h+s$), которые при доминировании тенденций Авеля на переднем плане проявляются в бессознательном лишении своих близких ожидаемой взаимной привязанности и чувственности, то есть происходит своего рода неосознаваемая насмешка: «Вы меня любите, а я вас нет». Данное положение может быть обусловлено бессознательным страхом потери объектов привязанности, вследствие чего женщина формирует самозапрет на привязку к своим родным.

Тенденции Каина и Авеля у женщин с анорексией проявились следующим образом. Наиболее частым сочетанием обнаружено: $-e+hu$ (в том числе в гипертонусном состоянии), которое отражает каинитскую натуру (злость, раздражительность, вспыльчивость и т.п.). Выявленные реакции $-e\pm hu$ также ука-

зывают на наличие среди участниц Каина, но «скрывающегося» под давлением внешних моральных норм [148, С. 121]. Нулевые реакции $0e$ с амбивалентными $\pm hu$ говорят о разрядке грубых аффектов посредством ворчания и вечных жалоб. Чрезмерное давление $-!e$ в сочетании с нулевыми $0hu$ свидетельствуют об опасности эмоционального выплеска накопленных негативных реакций (ярость, гнев, зависть и т.д.). Выявленные значения $0e+hu$ демонстрируют тенденцию к эксгибиционизму, стремление к тщеславию и проявлению себя.

Среди главенствующих стремлений у женщин с булимией также были обнаружены тенденции Каина: $-e(-!e/-!!e)+hu$, которые проявляются в открытом выражении грубых аффектов (злость, гнев и т.п.). Также значительная часть респондентов проявили реакции «скрывающегося» Каина ($-e\pm hu$). Наряду с тем встречаются сочетания $\pm e-hu$, отражающие внутреннюю этическую борьбу, которая рассматривается как Авель, переполненный желаниями Каина. Позитивные значения $+hu$ с $0e$ демонстрируют тенденцию к эксгибиционизму, стремление к тщеславию и проявлению себя. Реакции $0e\pm hu$ указывают на разрядку грубых аффектов путем ворчания и жалоб, а также на борьбу между стремлением вынести себя всеобщее обозрение и желанием спрятаться. Сочетания $-e0hu$ предупреждают о накоплении каинитских притязаний без моральных тормозов. Единичные положительные значения в обоих факторах $+e+hu$ сообщают об истериоформном наводнении аффектами, зачастую со склонностью к шквалу движений, которое вызвано потоком угрызений совести с наложением на истериоформное тщеславие.

У женщин без РПП примерно в одинаковых долях в качестве доминирующих наблюдаются проявления как негативных ($-e$), так и положительных ($+e$) нравственных притязаний. Комбинации $-e+hu$ (в том числе гипертонусные) являются отражением у части респондентов притязаний «чистого» Каина (злость, агрессия, грубость и т.п.). Схожие проявления грубых аффектов (ярость, ненависть, мстительность и др.) отмечаются еще у одной части группы со значениями $-e0hu$. В противовес им, у другой, примерно равной, части выборки обна-

ружены тенденции Авеля $+e-hy$ (совестливость, добродушие, готовности помочь, стыдливость, подавление своего тщеславия и т.д.), а также другие «мягкие» аффекты в сочетании с фобиями животных, высоты, глубины и др. ($+e0hy$). Вместе с тем, еще у одной части респондентов данной группы наблюдаются тенденции к выставлению себя напоказ и тщеславию, которые у некоторых участниц имеют гипертонусные значения, свидетельствующие о возможности истериоформной двигательной бури. Другие проявления тенденций в качестве ведущих отмечены у незначительной доли женщин с нормальным пищевым поведением (от 0 до 5,6%).

Попарное сравнение ведущих тенденций побуждений P -вектора показал, что между всеми группами респондентов существуют значимые различия на уровне $p < 0,0001$, а в группе Анорексия-Булимия $p = 0,0113$.

На Рисунке 6 представлены преобладающие тенденции вектора «Этическое побуждение, пароксизмальное побуждение к эмоциональной разрядке».

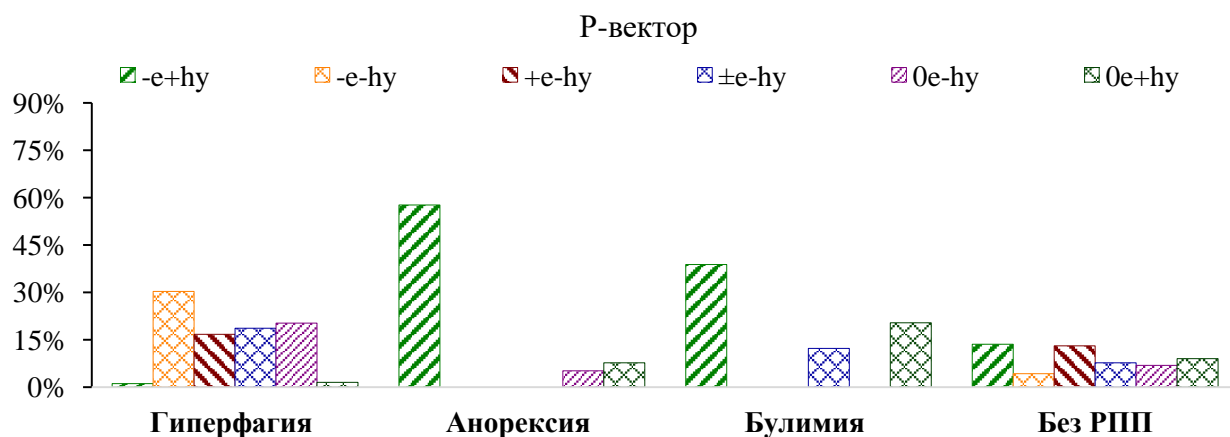


Рисунок 6. Ведущие тенденции побуждений в P -векторе «Этическое побуждение, пароксизмальное побуждение к эмоциональной разрядке»

Так можно увидеть, что у женщин с гиперфагией преобладающими являются «тенденции Авеля» по отношению к «тенденциям Каина». Вместе с тем, стоит отметить, что в значительной мере выражены гипертрофированные тенденции $-!e$ в сочетании со скрыванием и подавлением их ($-!hy$). На наш взгляд, это может являться одним из ключевых показателей в наборе и удержании избыточного веса, так как тревога Авеля с одной стороны заставляет женщину

«заедать» это неприятное состояние, не допуская разрядки грубых аффектов, т.е. выступает как защитный механизм для подавления каинистской природы, с другой – лишний вес является оправданием для своей скрытности, маской, за которой можно спрятаться и не проявляться.

У женщин с анорексией превалирует тенденция Каина с присущим накоплением и разрядкой грубых аффектов. Женщины с булимией также характеризуются наличием грубых аффектов, присущих натуре Каина, однако в отличие от участниц с анорексией, у значительной доли выборки наблюдается подавление этих аффектов, а не их манифестация. Группа женщин без РПП в целом является более разнородной, по сравнению с другими, где отмечается проявление различных стремлений побуждений без ярко выраженного тренда.

Третий вектор – *Sch* «Я-побуждение», представлен фактором k (влечение к самосохранению путем адаптации, стремление Иметь) и фактором p (влечение к расширению персоны, стремление Быть). Сущность фактора k заключается в отношении сферы Я – одобрении или отвержении: присвоение=интроекция ($+k$) и отрицание=отвержение ($-k$), а фактора p – в партиципации, проекции ($-p$) и инфляции ($+p$).

В группе женщин с гиперфагией наибольшие показатели встречаются в реакциях $-k0p$, что свидетельствует о вытеснении определенных притязаний побуждений, представлений и идеалов, угрожающих самосохранению Персоны (одиночества, инцестуозной любви, своего величия и др.). Среди черт характера личности с вытесняющим Я отмечаются: стремление скрыть свою чрезмерную мягкость, склонность к моральному мазохизму, к преданности и самопожертвованию, постоянное чувство дискомфорта, страх перед миром и собой и др. [148, С. 170]. Избыточность $-!k$ сигнализирует об эгоидной деструкции, подтверждаемая в ряде случаев аллодеструкцией, которая проявляется в сочетании $-!k$ с $-s$, $-!s$ (мазохизм). Реакции $-k+p$ указывают на эго-процесс сдерживания и подавления, где подавление является отрицаемой инфляцией, а у личности наблюдаются следующие черты: преобладание иллюзии, что что-то невозможно сделать,

постоянная отчужденность, неспособность к контактам, внутреннее беспокойство, возбуждение и тревога, постоянные отказы, избегание и подавление своих желаний, ощущение своей виновности и страх наказания [148, С. 183]. В этом случае можно считать, что лишний вес является поводом для удовлетворения данной потребности в стыде и сокрытии себя от окружающих. Наблюдаемое в ряде случаев избыточное давление $+!p$, $+!!!p$ при негативном $-k$ предупреждает об опасности у женщин инфлятивного параноида. Нулевые реакции $0k$ характеризуют *слабость Я*, т.е. указывают на полное отсутствие определенного отношения Я. У женщин с лишним весом и ожирением $0k$ преимущественно наблюдается при $+p$ и $+!p$, $+!!!p$, что Зонди характеризует как расширение сферы Я посредством удвоения, а также может свидетельствовать об одержимости, неудержимом влечении стать могущественным, амбитенденциозности (желании одновременно быть *матерью* и ребенком, мужчиной и женщиной и т.д.). Это приводит к отрыву от реальности, в том числе к неадекватному восприятию своей картины тела. Наличие негативных реакций $-p$ в различных сочетаниях с k отражают занижение самооценки через вес и запрет быть лучше других, в том числе внешне.

При анализе сферы Я женщин и девушек с анорексией заслуживающим внимания предстает мнение Л. Зонди о том, что вектор побуждений Я питается генной инстинктивной энергией [148, С. 148]. Отчасти эта гипотеза может объяснять наличие анорексии у незначительной доли участниц (11%), имеющих родственников с данной проблемой (тети, мамы и бабушки, особенно в подростковом возрасте). При этом большая часть респонденток имеют сочетание гипертонусных реакций $+!k/+!!k$ с нулевыми $0p$, которые свидетельствуют об интроецировании детской психотравмы [148, С. 153], спровоцировавшей склонность к анорексии [211]. Амбивалентные реакции $\pm k$ с негативными $-p$, $-!p$ позволяют судить о наличии навязчивости (в данном случае патологической цели похудения). Наблюдаемые значения $+k+p(+!p/+!!!p)$ указывают на наличие у участниц стремления к всемогуществу, в том числе за счет власти над своим

телом. Сочетание $-k\pm p$ обнаружило отчужденность от реального мира. В одном случае выявленные значения $-!k-!s$ показали опасность аутодеструкции. Таким образом, характерными признаками сферы Я у женщин с анорексией отмечены интроецирование травмирующих переживаний и навязчивость.

У женщин с булимией сфера Я в подавляющем большинстве представлена комбинацией $+k+p(+!p, +!p)$, отражающей тотальный нарциссизм (быть всем и всё иметь), в силу отсутствия сублимации сексуального влечения. Значения $+k0p$ указали на тотальную интроекцию (власть обладания), а также эгоцентризм. Сочетание $\pm k-p$ отражает «сбегающее» Я: защита от проекции посредством навязчивости, бегство от проблем, непереносимой ситуации. У женщин с булимией это Я проявилось в таких чертах как: эмоциональная неуравновешенность, резкий переход от привязанности к разрыву связи, от экономии до транжирства, от удовлетворения жизнью до танатомании, от обжорства до голодания. Наличие негативных реакций $-k$ в сочетании с амбивалентными $\pm p$ отразили подавленную проекцию, отрицание своей покинутости (отверженности внешним миром), женственности или кастрации [148, С. 184]. Среди характерных черт «отчужденного» Я в данной выборке наблюдается уход от окружающего мира, который проявляется в компульсивном переедании, а затем внезапное стремление завоевать весь мир (выражается в приступах «очищения»). Единичные значения $-k+p(+!p)$ свидетельствуют об отрицаемой инфляции, при которой участницы постоянно подавляют свои желания с одновременным стремлением персоны быть всем.

У женщин без РПП превалирует проявление отрицаемой инфляции ($-k+p$), выражающееся в скованности поведения, поступков и мышления. Картина $\pm k-p$ отражает у данной части группы защиты от проекции посредством навязчивости, бегства, для которых присуще стремление к постоянным путешествиям, смене местоположения, неуравновешенность, неожиданные биполярные переходы (от страха к отчаянной смелости, от привязанности до полного разрыва отношений и т.д.). Реакции $-k0p$ говорят о наличии у женщин сдержива-

ющего Я, которое борется с навязчивыми «опасными» импульсами от попадания в сознание, и может свидетельствовать о наличии фобий или неврозе навязчивых состояний. Встречающиеся значения $+k+p$ указывают на гипертрофированное Я, при котором Я осознает и принимает все тенденции побуждений, при этом человек характеризуется как сверхрационалистический, но оторванный от мира, с нарциссическими проявлениями. Вариация $+k0p$, также часто наблюдаемая в данной выборке, свидетельствует о тотальной интроекции, которая во взрослом возрасте означает профессиональное Я, а человек отличается такими чертами характера как: экстраверсия, позитивизм, рационализм, холодность, строгость, чрезмерное стремление к формализму, логике, порядку, эгоизм, корыстолюбие, своеобразие, Я-центрированность, реактивные образования и др.

Попарное сравнение ведущих тенденций побуждений *Sch*-вектора показал, что между всеми группами респондентов существуют значимые различия на уровне $p < 0,0001$, а в группе Анорексия-Булимия на уровне $p = 0,0030$.

На Рисунке 7 представлены преобладающие тенденции вектора «Я-побуждение».

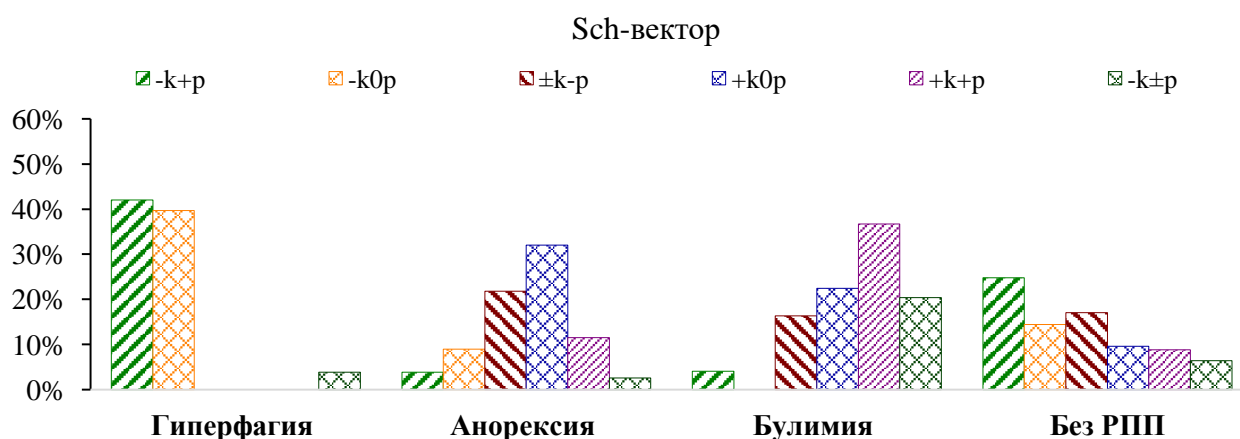


Рисунок 7. Ведущие тенденции побуждений в *Sch*-векторе «Я-побуждение»

Так видно, что у участниц исследования превалируют следующие особенности сферы Я: у женщин с гиперфагией – отрицаемая инфляция с подавлением и запрещением, а также вытеснение; у женщин с анорексией – тотальная

интроекция с эгоцентризмом и нарциссизмом, сбегающее Я и интроинфляция; у женщин с булимией – тотальная власть обладания, эгоцентризм и уход от проекции; у женщин без РПП – дефляция, навязчивость, сбегающее Я и тотальная интроекция с эгоцентризмом.

Четвертый, *C*-вектор «Побуждение к контакту» представляет следующие тенденции: к изменению ($+d$), постоянству ($-d$), принятию и безопасности ($+m$), свободе ($-m$). Эти тенденции неразрывно связаны с остальными шестью тенденциями в связи с ведущей ролью *побуждения к контактам* в удовлетворении возникающих потребностей, т.к. любая потребность (h, s, e, hu, k, p) для своего удовлетворения вначале должна отыскать подходящий для себя объект (d), а затем суметь его сохранить для своих целей (m). То есть можно сказать, что вектор *C* является движущей силой для удовлетворения любой из потребностей, имеющей свой объект (любовь, агрессия, одержимость и т.д.).

У женщин с гиперфагией побуждения *C*-вектора отражают, в первую очередь, отношения с едой как главным объектом привязанности. Так, подавляющее большинство этих женщин демонстрируют гипертонию потребности в привязанности ($0d+!m/+!!m$), приводящую их к повышенному стремлению к обжорству. Позитивные реакции $+m$, и в особенности их избыточные влияния ($+!m/+!!m$), в сочетании с $-di -!d/-!!d$ также показали у респондентов патологически повышенное стремление к постоянству, чем объясняется их фиксация на еде. Вместе с тем в избыточности значений $-!d$ и $-!!d$ проявляется скупость, жадность, алчность, повышенная тенденция к удержанию своих реакций, приводящая в том числе к хроническим запорам, как форме отражения психосоматизации [148, С. 206]. Реакции $\pm m-d$, указывают на отягощенное несчастливое, навязанное положение в привязанности, которое частично объясняется инцестуозным желанием и далее оставаться в прилипаниии, но в значительной мере – потребностью быть привязанным, несмотря на заблокированность контактов, что в данном случае также делает объектом привязанности еду, как один самых доступных объектов «взаимной любви», замещающих отсутствие желанной

близости в межличностных отношениях (детско-родительских, сексуальных, дружественных). Комбинации $\pm d+m$ демонстрируют у этой части женщин значительные трудности в контактах, вызванные, с одной стороны, неопределенностью персоны в стремлении искать новые связи или оставаться привязанным к прежнему объекту, с другой – билатеральной привязанностью (поиск новых объектов при сохранении привязанности к прежнему, попытка иметь одновременно несколько объектов). Значения $\pm d\pm m$ части выборки отражают полную дилемму «поиск-приклеивание», где доверие в отношениях борется с недоверием, чрезмерной открытости и билатеральности противостоит тенденция к полной заблокированности контактов. Такие противоборства представляют наличие выраженной пищевой зависимости (привязанность к еде как к легкодоступному объекту замещения реальных контактов, которые в силу различных причин являются недоступными), наряду с неудачными попытками разорвать данную привязанность в силу неопределенности в этих стремлениях.

У женщин с анорексией в большинстве случаев наблюдается сочетание $+d-m$, в том числе их гипертонус ($+\!d-\!m$, $+\!d-\!m$), которые указывают на поиск нового объекта после отделения от прежнего или его потери. В данном случае отказ от еды, как объекта привязанности, вызывает потребность его замены в досуговой, профессиональной и иных видах деятельности (за исключением любви, о чем свидетельствуют $-h$ и $0h0s$ – отказ от любви и нежности). Схожая ситуация отражается в значения $0d-m$, которые говорят о состоянии отделения от прежнего объекта, но при этом беспорядочном поиске нового. Наблюдаемая комбинация $+d0m$ демонстрирует доминирование поисковой потребности при отсутствии (или минимуме) тяги в прилипанию. В единичных случаях амбивалентность $\pm d$ при $0m$ отразила при наличии желания в изменениях, нерешительность поиска в силу инцестуозной привязанности, что привело к недопустимости развития в контактах и постоянным сомнениям. Отрицательные реакции $-d$ в сочетании с положительными $+m$, $+\!m/\!+\!m$ также указали на инцесту-

озное прилипание. Эти ситуации наблюдались у респондентов подросткового и юношеского возраста.

У женщин с булимией, также как и у женщин с анорексией, преобладающим является сочетание как средних значений $+d-m$, так и их сверхдавления ($+!d/+!!d, -!m/-!!m$), которые свидетельствуют об отпавлении на поиски после отрыва от предыдущего объекта, и таким образом указывают на отсутствие привязанности в настоящий момент. Комбинация $+d0m$ также отражает тенденцию поиска, но с минимальным стремлением к прилипанию, либо при его отсутствии. Нулевые реакции $0d$ при отрицательных $-m$ демонстрируют у участниц ситуацию отделения от прежнего объекта, но при этом бесцельный поиск и хаотичный выбор. Обнаруженная амбивалентность $\pm d\pm m$ указывает на полную дилемму: от излишней открытости до заблокированности контактов. Сочетание $\pm d0m$ отражает застывшую форму привязанности, имеющую инцестуозные корни, но при одновременном желании поиска это приводит к постоянным колебаниям и сомнениям [148, С. 210]. Схожая картина инцестуозной привязанности и доверия наблюдается в значениях $-d+m(+!m/+!!m)$.

У женщин без РПП преимущественной тенденцией побуждения к контактам является $0d+m$, которая свидетельствует о состоянии покоя ввиду наличия у них объекта поддержки, в связи с чем отсутствует потребность в поиске другого объекта привязанности. У части выборки наблюдается тенденция к неразборчивым поискам после разрыва с прежним объектом ($0d-m$). Такие же реакции доминируют в группах женщин с анорексией и булимией. Значения $+d0m$ указывают, что у данных респондентов при постоянном поиске привязанность минимальна либо отсутствует, что негативно отражается на концентрации внимания. Эта тенденция также проявляется у части женщин с булимией. Еще одна доминирующая тенденция $-d+m$ у женщин без РПП также как у респондентов с анорексией и булимией проявляется в пролонгированной привязанности к родителям, но в отличие от них не имеет гиперпроявлений $+!m$, и избыточности $-!d$ как у женщин с гиперфагией (свидетельствующих о чрезмерной фиксации на

объекте), и в большей степени отражает, что женщины привержены какой-то идее (в связи наличием у них признаков гуманизации в S -векторе: $-h-s$, $-h0s$).

Попарное сравнение ведущих тенденций побуждений C -вектора показал, что между всеми группами респондентов существуют значимые различия на уровне $p < 0,0001$, за исключением пары Анорексия-Булимия, где $p = 0,2826$, что свидетельствует о наибольшем сходстве доминирующих тенденций у женщин с данными видами РПП.

На Рисунке 8 представлены преобладающие тенденции вектора «Побуждение к контакту».

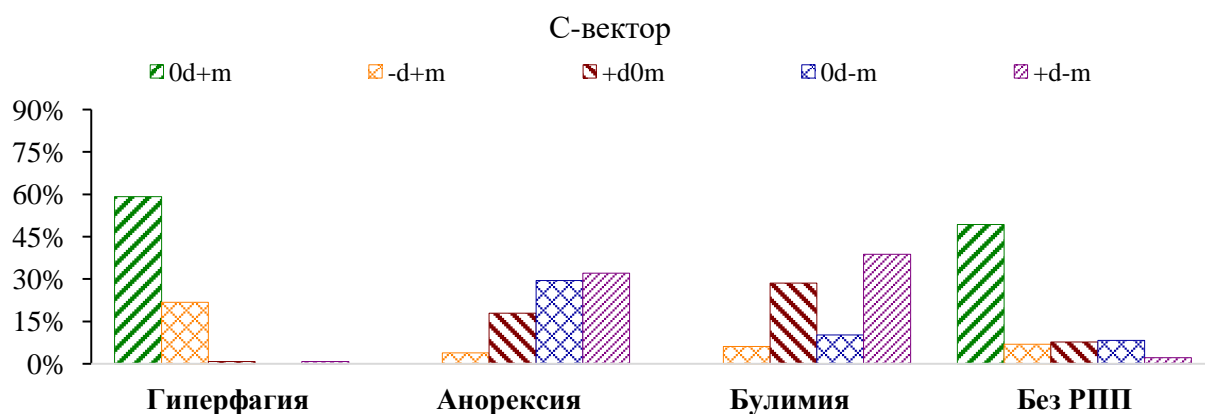


Рисунок 8. Ведущие тенденции побуждений в C -векторе «Побуждение к контакту»

Из Рисунка 8 видно, что в этой части векторной картины побуждений обнаруживается внешнее сходство проявляемых ведущих тенденций у женщин с гиперфагией и у женщин без РПП ($0d+m$). Однако по содержанию этих тенденций имеются различия: у женщин с гиперфагией преобладает избыточное давление реакций, что указывает на чрезмерную фиксацию на объекте (еде), а у женщин с нормальным пищевым поведением превалируют средние значения, свидетельствующие об отсутствии потребности в поиске в связи с наличием объекта поддержки. В группах женщин с анорексией и с булимией отмечается сходство в доминировании тенденций инцестуозной привязанности, разрыва прежних связей и движения по поиску нового объекта.

В целом, анализ профилей переднего плана по тесту Зонди позволил выявить ряд закономерностей доминирования тенденций побуждений в каждой группе респондентов:

1. У женщин с гиперфагией:

1) в *S*-векторе: саморазрушительные тенденции и мазохизм ($+!h/+!!h-!s$, $0h-!s$); при неудовлетворении сексуализации ($+h$) происходит сублимация с едой;

2) в *P*-векторе: наличие тревоги, а также подавляемой агрессии (грубых аффектов Каина), трансформируемой в тревогу ($-e-hy/-!hy/-!!hy$, $0ehy/-!hy/-!!hy$, $\pm e-hy/-!hy/-!!hy$). Лишний вес удовлетворяет потребность в тревоге, в том числе вызванную стыдом за внутреннюю агрессию;

3) в *Sch*-векторе: вытеснение и подавление своих потребностей, желание скрыться ($-k+p/+!p/+!!p$, $-!k0p$), что приводит к компенсации в еде. Наряду с тем $+p$ представляет уход персоны в иллюзорный мир, неадекватное восприятие своего тела, что препятствует похудению;

4) в *C*-векторе: чрезмерная потребность в привязанности, зачастую при заблокированности контактов ($0d+!m/+!!m$, $-d/-!d+!m/+!!m$), что приводит к смещению господствующей потребности в прилипанию на еду как главный объект, и как следствие происходит удержание лишнего веса.

2. У женщин с анорексией и булимией:

1) в *S*-векторе: наличие агрессии и садизма при подавлении эрос-энергии ($-h+s/+!s/+!!s$, $0h+s/+!s/+!!s$);

2) в *P*-векторе: в *P*-векторе: тенденции Каина, такие как «чистый» Каин ($-e/-!e/-!!e+hy$), «скрывающийся» Каин ($-e\pm hy$), Авель, переполненный желаниями Каина ($\pm e-hy$);

3) в *Sch*-векторе: у респондентов с анорексией: интроецирование детской психотравмы ($+!k/+!!k0p$), наличие навязчивости ($\pm k-p/-!p$); у женщин с булимией: тотальный нарциссизм ($+k+p/+!p/+!!p$) и тотальная интроекция ($+k0p$);

4) в *C*-векторе: отрыв от прежнего объекта и поиск нового ($+d/+!d/+!!d-m/-!m$), в том числе без определенной цели ($0d-m/-!m$) или с минимальным стремлением в привязке к нему ($+d0m$).

3. У женщин без РПП:

1) в *S*-векторе: нормальная сексуальность со стремлением к любви к конкретному человеку ($+h+s, +h0s$), агрессивно-садистические тенденции ($-h+s, 0h+s$), гуманистические тенденции ($-h0s$);

2) в *P*-векторе: проявление различных стремлений побуждений без ярко выраженной тенденции;

3) в *Sch*-векторе примерно в равной степени: отрицаемая инфляция ($-k+p$), навязчивость и «сбегающее Я» ($\pm k-p$), сдерживающее Я ($-k0p$), нарциссизм ($+k+p, +k0p$);

4) в *C*-векторе: отсутствие потребности в поиске в связи с наличием объекта доверия и поддержки ($0d+m$); в меньшей частоте встречаемости: хаотичный поиск нового объекта привязанности после разрыва с прежним ($0d-m/-!m$), поиск с незначительной привязанностью к новому объекту ($+d0m$), приверженность идее или привязанность к родителям ($-d+m$).

Так можно отметить, что женщины с анорексией и женщины с булимией в большинстве имеют схожее сочетание ведущих тенденций побуждений, которые преимущественно являются противоположными доминирующим тенденциям у женщин с гиперфагией. Группа женщин без РПП является более разнообразной в проявлении ведущих тенденций побуждений.

Исходя из положения Л. Зонди о том, что побуждения руководят поведением человека, отвечают за его потребности и стремления [60], возможно допустить, что доминирующие побуждения тем самым формируют ценности индивида, лежащие в основе мотивации его поведения. В связи с этим, такие психологические предикторы когнитивно-мотивационного компонента жизненного стиля, как: ценностные ориентации, установки и мотивы, также можно оценить по результатам теста Зонди [Рисунок 3].

В Приложении Б представлено соотношение ценностей личности тенденциям побуждений в концепции Л. Зонди.

Опираясь на выше описанные результаты теста Зонди, можно заключить, что ведущими ценностями у женщин с гиперфагией являются: любить своих близких (+*h*) и не иметь агрессии по отношению к ним (-*s*), скрывать себя и свое внутреннее состояние (-*hy*), быть частью коллектива (-*k*), но при этом являться самостоятельной (+*p*), быть верной (-*d*) объекту своей привязанности (+*m*).

У большинства женщин с анорексией и с булимией ценностями выступают: быть этичной по отношению к другим (-*h*), но иметь власть над ними (+*s*), быть победительницей (-*e*) и производить впечатление (+*hy*), быть самодостаточной (+*k*) и самоотверженной (-*p*), конкурировать (+*d*) и быть свободной (-*m*).

В группе женщин без РПП, в соответствии с разнородностью побуждающих мотивов, представлены разнообразные ценности в их диалектике: от ценности персональной любви и женственности (+*h*) до всеобщей любви (-*h*), от ценности власти (+*s*) до покорности и жертвенности (-*s*) и т.д.

2.3.2. Особенности психологических защит у женщин с нормальным и нарушенным пищевым поведением

Для определения психологических предикторов паттернов повседневного реагирования, являющихся согласно нашей модели частью жизненного стиля [Рисунок 3], была оценена степень использования психологических защит участницами исследования. Результаты методики «Индекс жизненного стиля» (LSI) показали, что все респонденты применяют представленные психологические защиты, но вместе с тем наблюдаются различия в иерархии их использования у представителей разных групп выборки [Таблица 2].

В ходе попарного сравнения была установлена значимость различий между всеми группами респондентов по большинству показателей на уровне $p < 0,0001$, за исключением пары Анорексия-Булимия, где наблюдается практи-

чески полное сходство в иерархии и уровне проявления психологических защит [Приложение В].

У женщин с гиперфагией ведущими психологическими защитами (от стремящихся прорваться и реализоваться побуждений, особенно -!e) являются: регрессия, компенсация и отрицание. В свою очередь, регрессия у женщин с анорексией и с булимией занимает одну из последних позиции рейтинга, а на первых местах находятся компенсация, замещение и реактивные образования. У женщин без РПП наблюдается сходство в иерархии психологических защит как с группой Гиперфагия (компенсация, проекция), так и с группами Анорексия, Булимия (отрицание, подавление, интеллектуализация).

Таблица 2

Иерархия использования психологических защит женщин с нарушенным и нормальным пищевым поведением

Ранг	Женщины с РПП			Женщины без РПП
	Гиперфагия	Анорексия	Булимия	
<i>Психологические защиты</i>				
1.	регрессия	компенсация	компенсация	замещение
2.	компенсация	замещение	замещение	компенсация
3.	отрицание	реактивные образования	реактивные образования	регрессия
4.	замещение	проекция	отрицание	отрицание
5.	подавление	отрицание	проекция	реактивные образования
6.	проекция	регрессия	регрессия	проекция
7.	интеллектуализация	подавление	подавление	подавление
8.	реактивные образования	интеллектуализация	интеллектуализация	интеллектуализация

Для определения значимости в выраженности отдельных психологических защит у женщин с нормальным и нарушенным пищевым поведением использовался метод Краскела-Уоллиса. Результаты математических расчетов представлены в Приложении В.

Значимые проявления ($p \leq 0,01$) у всех групп женщин наблюдаются в применении таких психологических защит как: отрицание, регрессия, компенсация, замещение и реактивные образования. В общей выборке в меньшей степени используются подавление, проекция и интеллектуализация.

Регрессия характеризуется стремлением личности избежать тревоги путем перехода на более ранние стадии развития либидо [136]. При этом наблюдается склонность к регрессии на оральную стадию психосексуального развития, то есть получения успокоения от еды, питья, курения, сосания чего-либо и т.д. У женщин с гиперфагией данный аспект является наиболее выраженным по сравнению с другими группами респондентов. У женщин без РПП наряду с регрессией на оральную фазу отмечаются переходы к детскому инфантилизму. Такие же защитные откаты наблюдаются у женщин с анорексией и с булимией, так как под воздействием психотравмирующей и/или фрустрирующей ситуации персон уходит от решения «сложных» задач и переходит к более простым и знакомым стереотипам поведения.

Компенсация представляет собой подмену реального или субъективного недостатка, дефекта или чувства, другим качеством, путем идентификации себя с каким-либо другим человеком или абстрактным идеалом. Топический комплекс неполноценности обнаруживается в том числе в тревоге за свою внешность или поведение в глазах окружающих. При этом отмечается потребность во внешнем подтверждении своей «неполноценности», наряду со скрытой манией величия и желанием доказать свою значимость, обратить на себя внимание. Реальные или ложные недостатки фигуры женщины с гиперфагией маскируют одеждой. У представителей всех групп выборки настоящее вызывает дискомфорт, в связи с чем прошлое используется ими как компенсация отсутствующей в данный момент стабильности.

Отрицание проявляется в непринятии фрустрирующих обстоятельств или внутренних побуждений. Как правило, у респондентов отмечается при возникновении конфликтов между мотивами, которые противоречат генеральным установкам их личности, или информацией, угрожающей самосохранению, самоуважению или социальному престижу. У женщин с анорексией, с булимией и с нормальным ПП также проявляется в привлечении внимания к своей персоне, непризнании критики и т.д.

В процессе замещения, отмеченного в числе доминирующих защит у женщин с анорексией, с булимией и без РПП, подавляемые негативные эмоции и чувства направляются на менее опасный для обратной реакции объект (на более слабого, на предметы и т.п.), но при этом зачастую не достигают поставленной цели и происходит накопление неразряженной отрицательной энергии. При высоком уровне этой защиты у респондентов наблюдается проявление подавляемой агрессии в мелочах, «выпуск пара», открытое агрессивное поведение, раздражительность, вспыльчивость, склонность к повышенному риску.

Реактивные образования – психологическая защита, при которой происходит трансформация нежелательных импульсов и стремлений в субъективно понимаемую противоположность. Так, например, у женщин с анорексией и с булимией наблюдается демонстративное неприятие таких неприемлемых для них проявлений как сексуальность, агрессия, насилие и т.п., которые на самом деле являются их подавляемыми желаниями.

С позиции целостного взгляда на личность, для понимания происходящих в сфере Я движений как одного из возможных предикторов формирования жизненного стиля, вместе с позицией в иерархии на наш взгляд важно учитывать еще и абсолютные значения степени проявления психологической защиты. Так анализ распределения оценок значимости представленных психологических защит показал, что доминирующие защиты у женщин с РПП имеют преимущественно высокие и максимальные значения (85-99 баллов), а у женщин без РПП представлены в различном диапазоне (от низких до высоких и максимальных). Также можно отметить, что средние значения психологических защит по группам респондентов отличаются по своему диапазону: у женщин с РПП максимальные показатели превышают 90 баллов, а у женщин с нормальным ПП находятся на уровне 80 баллов. Это позволяет нам заключить, что группа женщин без РПП более разнородна и сдержана в проявлении психологических защит, а у женщин с нарушенным ПП отмечается более отчетливая тенденция в степени и виде их использования.

2.3.3. Социально-психологические особенности личности женщин с расстройствами пищевого поведения и нормальным пищевым поведением

С помощью опросника Кеттелла 16PF и HSPQ были составлены профили личности респондентов и определены их социально-психологические особенности как предикторы поведенческого компонента жизненного стиля.

На Рисунке 9 представлены средние значения, отражающие выраженность отдельных и генерализованных черт (свойств) личности участниц исследования.

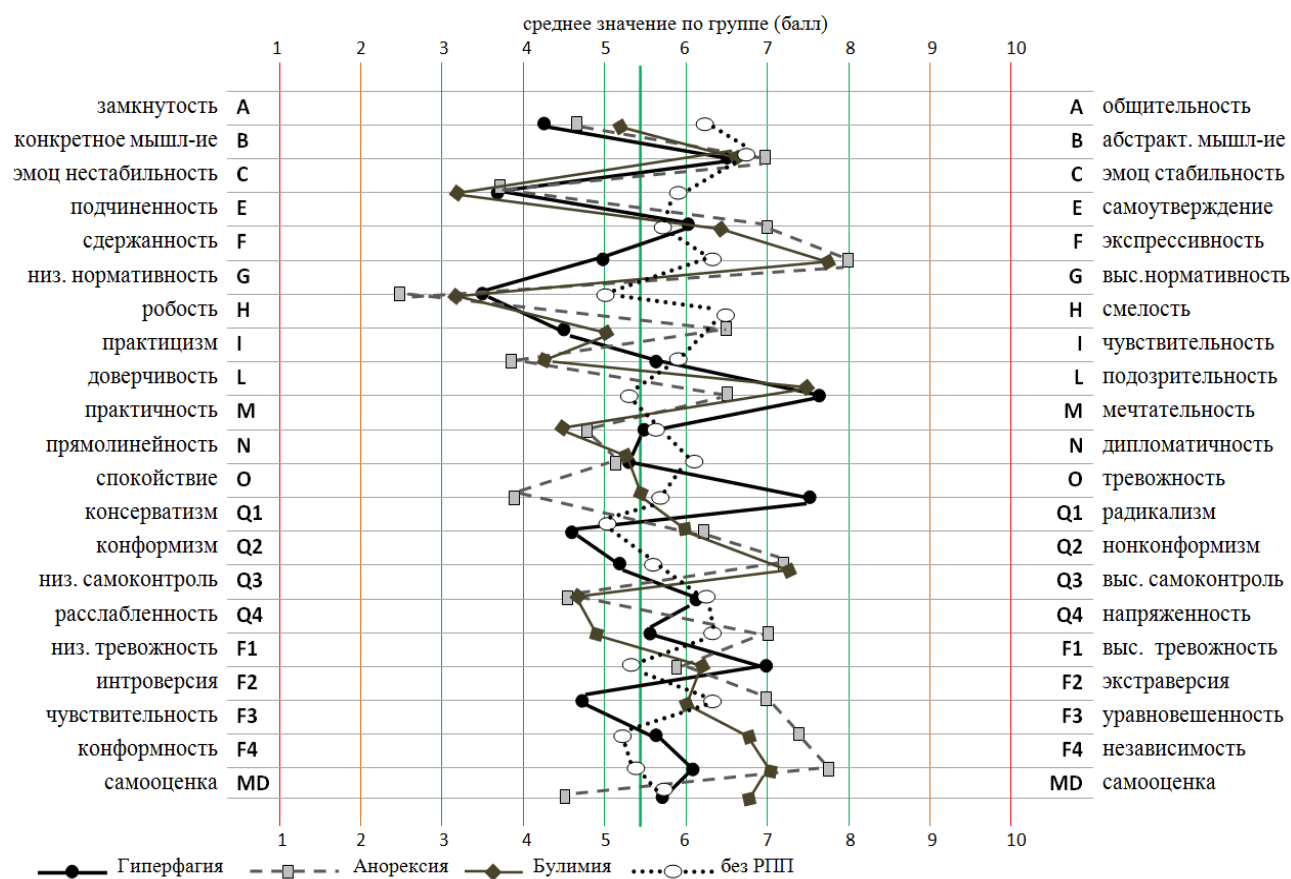


Рисунок 9. Социально-психологические особенности личности женщин с нормальным и нарушенным пищевым поведением

Исходя из представленных профилей, можно отметить, что в группе женщин с нормальным пищевым поведением преобладают средние оценки по всем шкалам, в то время как у женщин с разными видами РПП наблюдается более широкий диапазон значений – от низких до высоких. Это в свою очередь

может являться подтверждением наличия определенных личностных проблем в силу демонстрации нестабильности индивидуальных свойств, а при их содержательном анализе определить характерные особенности, соответствующие виду РПП и определяющие жизненный стиль респондентов.

Так, согласно полученным данным, женщины с гиперфагией испытывают трудности в установлении социальных контактов, склонны к одиночеству и замкнутости (А), зачастую испытывают робость и застенчивость (Н), но в межличностном общении всё же могут находить баланс в способах коммуникации (N). Также наблюдается неуверенность в себе и своих силах, недовольство собой и неудовлетворенность (О), которые вызывают потребность в самоактуализации (Е). При этом отмечается непостоянство цели, нежелание подчиняться групповым нормам (G), но вместе с тем – зависимость от мнения окружающих, ориентация на социальное одобрение (Q2). В некоторой степени безответственность и неорганизованность (G) сочетаются со сложностями в принятии решений (Н). Эмоциональное состояние женщин данной группы не устойчиво (С), наблюдаются перепады настроения, вызываемые в том числе, высоким уровнем тревожности (О), подозрительностью (L), беспокойством о будущем (F), чувствительностью и впечатлительностью (I), наряду со стремлением к контролю за своими эмоциями и поведением (Q3). Прослеживается склонность к морализации и нравоучениям, на фоне консерватизма и сопротивления переменам (Q1).

Анализ факторов второго порядка (F1-F4) позволяет охарактеризовать женщин с гиперфагией как уравновешенного интроверта (F2, F3), независимого от социальных отношений (F4), с высоким уровнем тревожности (F1) и средней самооценкой (MD).

Средние значения в группе женщин с анорексией показывают, что они склонны к ригидности, отчужденности и замкнутости (А), проявляют к людям настороженность (L), а в коммуникации прямолинейны с тенденцией к дипломатичности (N). При этом самостоятельны, своенравны, иногда конфликтны и

агрессивны (E), суровы и практичны (I), независимы (Q2) и нацелены на изменения (Q1). Их эмоциональное состояние нестабильно (C, F, D), отмечается склонность к непостоянству, действию под влиянием чувств, непринятие групповых норм (G), активность и готовность к риску (H). Уровень тревожности средний (O), выражается в недовольстве собой, аутосадомазохизме, озабоченности своим внешним видом.

По результатам анализа факторов второго порядка (F1-F4) у женщин с анорексией в целом отмечается уравновешенность в сфере контактов (F2), гибкость поведения (F3), проявление независимости и агрессивности (F4) в сочетании с адекватным уровнем тревожности (F1), но при низкой самооценке (MD).

Представленные на Рисунке 9 данные демонстрируют у женщин с булимией некоторую отчужденность, недоверчивость и замкнутость (A), однако на границе с адекватным уровнем открытости к коммуникации. При этом в контактах наблюдается осторожность и эгоцентричность (L) наряду с умением вести диалог, в сочетании с прямолинейностью (N) и экспрессивностью (F). Эти женщины отличаются предприимчивостью, самостоятельностью, рассудительностью и практичностью (E, I, G, Q2, M). В эмоциональном состоянии присутствует нестабильность (C, F), зависимость от настроений (Q3), напряженность и раздражительность (Q4).

Факторы второго порядка (F1-F4) показали у женщин с булимией наличие уровня тревоги выше среднего (F1), которая может вызывать недовольство собой и окружающей действительностью, адекватную социальную контактность (F2), гибкость поведения (F3) в сочетании с агрессивностью и независимостью (F4). При этом уровень самооценки имеет тенденцию к завышению (MD).

Для женщин без РПП преимущественно характерна открытость и значимость социальных контактов, общительность и готовность к сотрудничеству с умением вести диалог (A, F, N), наряду с самостоятельностью и настойчиво-

стью в достижении своих целей и интересов, при периодической конфликтности и агрессивности (E, G, H, Q2). При этом в межличностных отношениях могут проявлять осторожность и ревность (L). Вместе с тем эти женщины обладают абстрактным мышлением и умением оперировать абстрактными понятиями (B, M), эмоциональной устойчивостью и стабильностью интересов (C, Q3), женственностью и склонностью к эмпатии (I) в сочетании с умеренной тревожностью (O) и напряженностью (Q4). Склонны как к соблюдению устоявшихся традиций и принципов, так и к новаторству (Q1).

Результаты факторов второго порядка (F1-F4) демонстрируют женщин без проблем с пищевым поведением как социально активных (F2), в меру независимых (F4), с адекватным уровнем тревожности (F1), реакции на проблемные ситуации (F3) и нормальной самооценкой (MD).

Полученные данные по опроснику Кеттелла также подлежали сравнению между всеми группами респондентов с применением метода Краскела-Уоллиса. В Приложении Г представлены результаты данного сравнения.

Можно отметить, что для большинства представителей всех групп исследования характерно абстрактное мышление (B), а также стремление к независимости и самостоятельности, которое в большей степени выражено у респондентов с анорексией, особенно по сравнению с женщинами с нормальным пищевым поведением (E $p < 0,0001$).

Вместе с тем наблюдается ряд различий между женщинами с РПП и женщинами с нормальным пищевым поведением. Так: 1) респондентам с РПП присуща эмоциональная нестабильность, в то время как женщины без РПП более устойчивы и спокойны (C $p < 0,0001$); 2) женщины с проблемами в пищевом поведении имеют склонность к ригидности и отчужденности, эгоцентричны и насторожены к людям, а женщины без таких проблем более открыты и социально контактны (A, L $p \leq 0,001$); 3) участницы с РПП склонны поддаваться влиянию чувств и не учитывать требования группы в отличие от большего соблюдения общегрупповых правил женщинами без РПП ($Gp < 0,0001$); 4) женщины с

нарушенным пищевым поведением в большей степени проявляют прямолинейность, хотя и стремятся к дипломатичности в межличностном общении, в то время как женщины без РПП демонстрируют эту дипломатичность ($N p \leq 0,001$).

Наибольшие различия между всеми группами наблюдаются: 1) в шкале «конформизм-нонконформизм» ($Q2 p < 0,0001$, $p \leq 0,01$, $p \leq 0,05$), в том числе в генерализованном факторе «конформность-независимость» ($F4 p < 0,0001$, $p \leq 0,01$, $p \leq 0,05$), за исключением пары Анорексия-Булимия, имеющих идентичную направленность на независимость и самостоятельность ($Q2 p = 0,9999$; $F4 p = 0,2030$); 2) в проявлениях сдержанности и экспрессивности ($Fp < 0,0001$), кроме пары Анорексия-Булимия, которые схожи в своей импульсивности ($p = 0,9466$); 3) в уровне самооценки ($MD p < 0,0001$, $p \leq 0,01$), за исключением пары Гиперфагия-Без РПП ($p = 0,9999$).

В целом можно отметить, что более всего различия выражены между группами Гиперфагия-Анорексия (по 16 показателям из 21, 13 из которых на уровне $p < 0,0001$), а менее всего между группами Анорексия-Булимия (по 4 показателям из 21). Это позволяет заключить, что женщины с гиперфагией и женщины с анорексией имеют противоположные социально-психологические черты личности, в то время как у женщин с булимией и у женщин с анорексией наблюдается их максимальное сходство. Это в свою очередь отражает взаимосвязь личностных особенностей с видом РПП.

Рассмотрение социально-психологических особенностей на наш взгляд было бы неполным без учета таких свойств личности как тревожность и агрессия. Данное допущение основано на суждении о том, что агрессия является ключевым проявлением грубых аффектов, задающих вектор ригидно-аффективного жизненного стиля, а тревожность, в свою очередь, ключевым проявлением мягких аффектов, задающих вектор пластично-аффективного жизненного стиля, и обуславливающих расстройство пищевого поведения у женщин.

Для определения уровня агрессии был использован опросник агрессивности Л.Г. Почебут. На Рисунке 10 представлены средние значения по группе (нормализованный балл), отражающие уровень различных видов агрессии у женщин с РПП и у женщин с нормальным пищевым поведением.

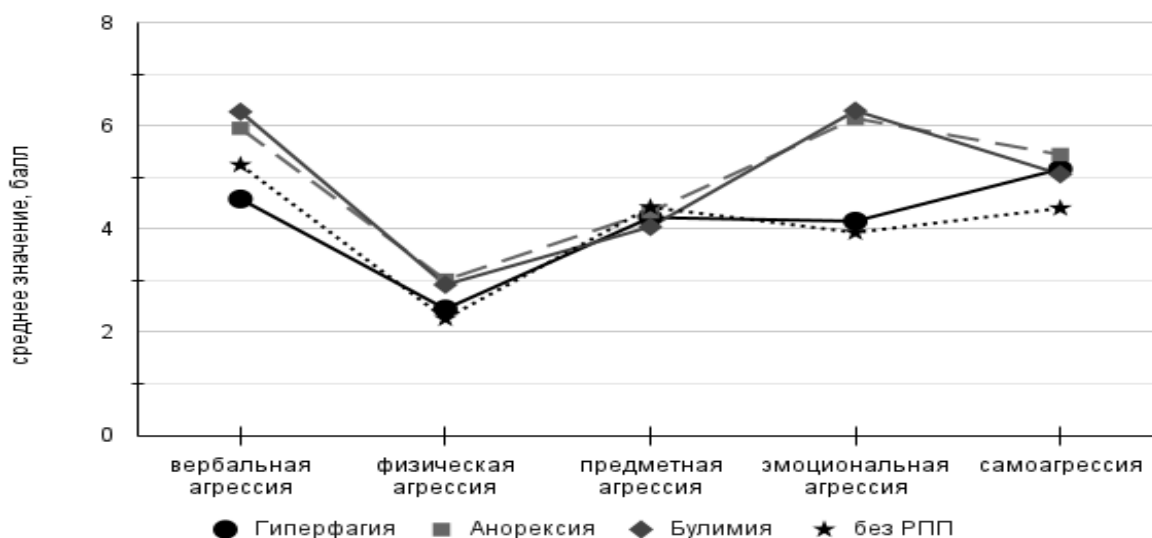


Рисунок 10. Особенности агрессивности женщин с нормальным и нарушенным пищевым поведением

Представленные данные демонстрируют во всех группах респондентов наличие различных видов агрессии на среднем и высоком уровнях¹.

Так, у женщин с гиперфагией наблюдаются высокие показатели по шкале самоагрессии, которая характеризуется отсутствием мира и согласия человека с самим собой, ослаблением психологических защит, беззащитностью в агрессивной среде, чувством вины, угрызениями совести. Средние величины эмоциональной агрессии могут выражаться в неприязни или недоброжелательности к Другому. 100 Вместе с тем разрядка имеющихся агрессивных импульсов респондентов находит выражение в вербальной и предметной формах на среднем уровне. В меньшей степени женщины с гиперфагией применяют физическую силу по отношению к другим.

У женщин с анорексией наибольшие значения наблюдаются по шкале эмоциональной агрессии, при которой собеседник вызывает у них преимуще-

¹Справочно: низкий уровень: 0-2 балла; средний уровень: 3-4 балла; высокий уровень: 5-8 баллов

ственно отрицательные чувства (неприязнь, раздражение и т.п.). Высокие показатели вербальной агрессии свидетельствуют о частом использовании женщинами словесных оскорблений, угроз и т.д. для разрядки своих негативных состояний и демонстрации субъективного преимущества. Также в данной группе наблюдается высокий уровень самоагрессии, при которой отмечается внутренний дискомфорт и неудовлетворенность собой. Средний уровень предметной и физической агрессии также свидетельствует о наличии у данных респондентов негативных аффектов.

Схожие тенденции наблюдаются среди женщин с булимией.

У женщин без РПП высокие значения отмечены только в проявлении вербальной агрессии, предметная, эмоциональная и самоагрессия находятся на среднем уровне, а физическая имеет низкие показатели, но с приближением к средним.

В целом, общий уровень агрессивности у женщин с гиперфагией и у женщин с нормальным пищевым поведением соответствует среднему уровню² (20,56 и 20,24), а у женщин с анорексией и женщин с булимией имеет средние показатели на границе с высокими (24,87 и 24,57). Отсутствие низких показателей ни по одной из шкал позволяет характеризовать женщин с анорексией и женщин с булимией как агрессивно заряженных персон.

В Приложении Г представлены результаты значимости различий в выраженности отдельных форм агрессии у женщин с различными РПП и у женщин без РПП. Обработка данных произведена с применением метода Краскела-Уоллиса.

Полученные данные демонстрируют практически полное совпадение в проявлении всех видов агрессии в группах Анорексия-Булимия, а также сходство в степени выраженности предметной агрессии во всех группах исследования. Наибольшие различия отмечаются в проявлении вербальной агрессии у группы Гиперфагия, которая имеет наименьшие значения в сравнении с други-

²Справочно: низкий уровень: 0-10 баллов; средний уровень: 11-24 балла; высокий уровень: 25-40 баллов

ми группами ($p < 0,0001$, $p \leq 0,01$, $p \leq 0,05$). В группах Гиперфагия и Без РПП средний уровень эмоциональной агрессии противопоставляется высокому уровню в группах Анорексия и Булимия ($p < 0,0001$). Наименьшее проявление самоагрессии отмечается у женщин без РПП (средний уровень) в сравнении с женщинами с РПП (высокий уровень) ($p < 0,0001$, $p \leq 0,01$).

В целом можно отметить, что по большинству показателей пара Гиперфагия-Без РПП имеет значимые различия с парой Анорексия-Булимия, у которых наблюдаются более высокие значения.

Уровень тревожности участниц исследования оценивался с помощью теста Спилбергера-Ханина. Средние значения по группе (нормализованный балл) представлены на Рисунке 11.

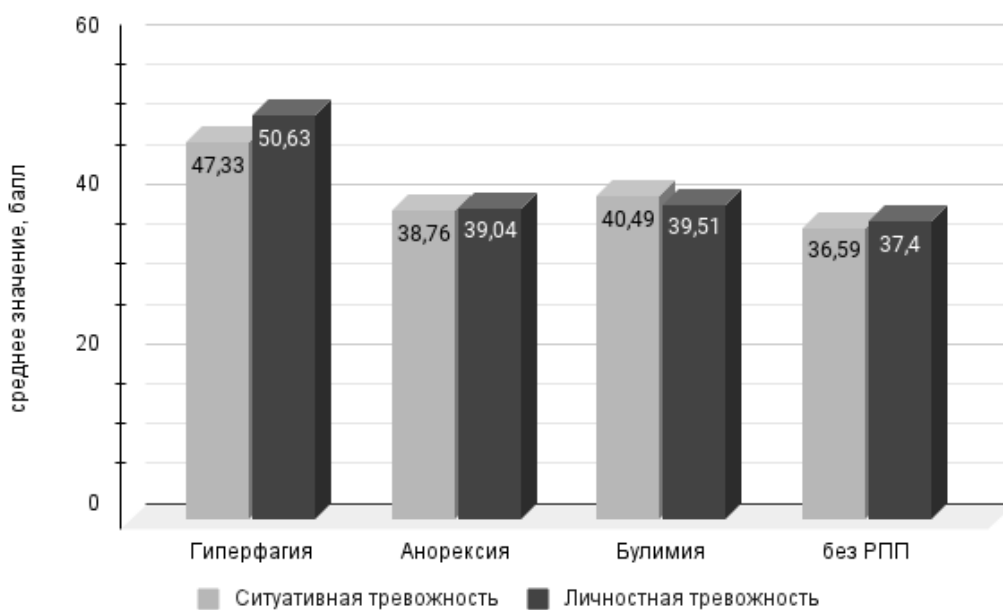


Рисунок 11. Особенности тревожности женщин с нормальным и нарушенным пищевым поведением

Согласно полученным данным, в группе Гиперфагия наблюдается преимущественно высокий уровень (от 48 до 50 баллов) как ситуативной (61,5% группы), так и личностной (78,6% группы) тревожности, а в остальных группах эти свойства находятся на среднем уровне. Низкий уровень по среднему значению не зафиксирован ни в одной из групп.

Так для женщин с гиперфагией характерно регулярное состояние эмоциональной напряженности, беспокойства и раздражительности. В их поведении зачастую отмечается суетливость и непоследовательность действий с чередованием скованности и сверхконтроля. Вместе с тем для них свойственна склонность к восприятию широкого спектра ситуаций как потенциально опасных и катастрофически угрожающих их самосохранению, которые не всегда соответствуют объективной реальности. В межличностных отношениях эти женщины испытывают недостаток внимания со стороны близких и окружающих, при этом наблюдается высокая потребность в прочных контактах, эмоциональной эмпатии, помощи и поддержке. Социальная среда является для них источником напряженности и неуверенности в себе. Наряду с тем характерна приверженность устоявшемуся укладу жизни и традициям, а ситуации выбора и принятия решения, требующего смены поведенческого стереотипа – наиболее сложные.

Женщины со средним уровнем ситуативной и личностной тревожности (Анорексия: 46,1% и 48,7%; Булимия: 51% и 46,9%; без РПП: 36,3% и 34,4%) отличаются наличием как адекватного, так и не всегда соответствующего реальной опасности реагирования на внешние угрозы. Вместе с тем они склонны к проявлению негативных аффектов в субъективно опасных для их самооценки и самоуважения ситуациях (критика, замечания и т.п.). Проявляют как приверженность традициям, так и стремление к новаторству.

Женщинам с низким уровнем тревожности (Анорексия: 26,9% и 23,1%; Булимия: 20,4% и 26,5%; без РПП: 37,6% и 37,6%) присуще спокойное, а порой беспечное реагирование на возможные угрозы, уверенность в собственных силах. У женщин с анорексией такая уверенность наблюдается в чувстве власти над своим телом. У женщин с булимией полученные низкие показатели не исключают вероятности недостоверности с целью демонстрации себя «в лучшем свете».

С помощью метода Краскела-Уоллиса была произведена оценка значимости различий в выраженности видов тревожности у женщин с различными РПП и у женщин без РПП. В Приложении Е представлены полученные результаты.

Согласно полученным данным, у женщин с гиперфагией уровень проявления как личностной, так и ситуативной тревожности значимым образом ($p < 0,0001$, $p \leq 0,01$) отличается от их проявления у представительниц остальной части выборки исследования. При этом наибольшие сходства наблюдаются между группами Анорексия-Без РПП и в паре Анорексия-Булимия.

В целом результаты исследования позволяют заключить, что отличительными чертами личности женщин с гиперфагией являются: склонность к постоянству и высокая тревожность.

Яркой чертой женщин с анорексией и женщин с булимией является высокая агрессивность и низкая самооценка.

Женщины без РПП преимущественно характеризуются уравновешенностью своих социально-психологических черт.

2.3.4. Особенности психотравм у женщин с расстройствами пищевого поведения

Исходя из суждения о том, что большинство проблем личности, в том числе с пищевым поведением, имеют корни в детском возрасте, становится целесообразным исследование проявления первичных психотравм, фиксированных в период детства.

Определение наличия и вида детской психотравмы как психологического предиктора поведенческого компонента жизненного стиля, в ходе исследования было осуществлено только у женщин с РПП. Данное обстоятельство обусловлено в первую очередь спецификой используемых методов исследования, которые требовали личного контакта и существенных временных затрат на работу с каждой участницей. В этой связи в силу значительности количественного состава группы женщин без РПП, а также невозможности обеспечения непосред-

ственной коммуникации в ряде случаев, эта часть выборки не была включена в данную часть исследования.

Вместе с тем, у женщин без РПП также могут иметь место последствия различных психотравм, проявляющиеся в иных видах проблем (психосоматических, межличностных отношениях, профессиональной деятельности и т.д.), которые не являются предметом настоящего исследования. Нас же в первую очередь интересует, имеются ли различия в виде психотравмы как возможном обуславливающем факторе возникновения и удержания того или иного вида РПП.

Методом выявления и исследования особенностей психотравм стало авторское структурированное психоаналитическое интервью (Приложение Ж) в сочетании с работой с субмодальностями. Выявленным в ходе интервью психотравмам были даны условные названия, соответствующие этапу психосексуального развития (по теории З. Фрейда), на котором произошло фиксирование данной травмы.

В Приложении З представлены результаты определения наличия и вида детской психотравмы как детерминанты РПП и его вида.

Согласно полученным данным, у всех респондентов были выявлены проявления фиксированных в детстве психотравм. В качестве обуславливающей РПП психотравмой у большинства женщин с гиперфагией определена кумулятивная нарциссическая травма, у женщин с анорексией – острая нарциссическая и эдипальная психотравмы, у женщин с булимией – оральная и генитальная психотравмы.

Так, у подавляющей части женщин с гиперфагией были обнаружены схожие проявления, которые позволили классифицировать их в кумулятивную нарциссическую травму, характеризующуюся неудовлетворением ведущих потребностей нарциссической фазы детства (1,5-3 лет) с пролонгированием на последующих этапах развития. Ключевым аспектом женщины отмечали недостаток внимания со стороны близкого окружения (родители, бабушки, старшие

сиблинги). При этом под вниманием они подразумевали не отсутствие совместного времяпровождения, а дефицит восхищения, любования и похвалы их внешностью, значимыми для них достижениями, самим фактом их наличия как девочки, а также отсутствие или нехватку демонстрации гордости и «хвастанья» ими перед другими людьми. Таким образом детские нарциссические проявления (самолюбование, восхищение своими поступками, эксгибиционизм на уровне тела и действий и т.п.) этих женщин не нашли должного отклика, что привело к столкновению их представлений о себе с реальностью, транслируемой близким окружением, и как следствие к травматизации, в результате бессознательной фиксации.

Причиной фиксации стало непонимание, почему родные их «не любят», в чем они виноваты и что нужно сделать, чтобы получить желаемую обратную связь. Это непонимание сопровождало женщин на протяжении всей последующей жизни и вызывало бессознательное намерение переиграть ситуацию и обрести необходимый отклик. Однако травма не завершилась, а дублировалась, продолжая оставаться актуальной, где новое близкое окружение (друзья, коллеги, партнер, дети) также не удовлетворяли нарциссические потребности. В результате часть женщин стали считать ненормальным проявление у себя таких желаний, любование собой и своими успехами – постыдным, за что все чаще начинали испытывать чувство вины и тревоги. Это в свою очередь привело к запрету на самолюбование. Чтобы легче было соблюдать данный самозапрет, женщины активировали бессознательную программу уродства своей внешности в виде лишнего веса.

Вместе с тем, чтобы больше не испытывать боли и разочарования в отсутствии желаемой любви, восхищения и значимости со стороны окружающих, женщины сметили эти потребности на влечение к продуктам. Таким образом они персонифицировали пищевые продукты и выстроили с ними объектные отношения доверия и привязанности как с самыми близкими людьми. У части женщин данное смещение произошло в детском возрасте и сохранило свою

ценность во взрослой жизни даже при появлении своей семьи и друзей, которые не стали столь же значимыми как еда. Таким образом сверхценность продуктов привели женщин к гиперфагии, при которой ограничения в еде являются для них мучительными и вызывают ощущение внутренней пустоты и одиночества.

Ключевыми свидетельствами оральной психотравмы, выявленной у 10% участниц с гиперфагией, стали факты раннего отлучения от груди (до 3 мес. жизни), запреты сосания соски (с 7 мес. жизни), а также эмоциональная холодность матери начиная с периода новорожденности женщины (по свидетельствам близкого окружения и признания самой матери). В результате неудовлетворенных потребностей в сосании, у этих женщин в раннем и дошкольном возрасте наблюдалось пристрастие грызть ногти, которое впоследствии сместилось на желание постоянно что-то есть, в некоторых случаях в сочетании с курением и/или жеванием жевательной резинки или серы. Вместе с тем у большинства из них в течение жизни продолжались «поиски себя», «смысла жизни» и «второй половинки», направленные на обретение объекта привязанности вместо материнской груди. Наиболее доступным объектом продолжали оставаться продукты.

Анальная психотравма, как предиктор гиперфагии, проявилась в характеристиках анально-удерживающего типа, сформированного в результате протеста на принуждение со стороны родителей к чистому опорожнению и нескрываемой брезгливости к исходу акта. Так у женщин с гиперфагией отмечается склонность к чрезмерной чистоплотности и аккуратности, накопительству и скупости. Накопление веса, которое легко происходит в результате переедания – одна из форм реализации потребности.

У участниц исследования с анорексией преимущественно наблюдаются проявления острой нарциссической травмы. Как и у женщин с гиперфагией центральным аспектом нарциссической травмы (НТ) является недостаток похвалы и восхищения со стороны близкого окружения. Однако в отличие от

женщин с гиперфагией, у респондентов с анорексией она сопровождается унижениями. При этом в большинстве случаев фиксирование травмы произошло не от прямых унижений девочки, а в связи с более благосклонным, по их мнению, отношением родителей к сиблингам, особенно к братьям, считая, что родители любят их больше. Непосредственно данную разницу в отношении родителей участницы с анорексией воспринимали как унижение, аффективный отпечаток которого оставался актуальным на протяжении всей жизни и проявлялся в том числе во время интервью. Наряду с этим, у части девушек травмирующими явились ситуации сравнения не с родным братом, в силу его отсутствия, а систематическое восхищение посторонними мальчиками (двоюродным братом, сыном друзей, сверстником девочки и т.д.), нежели ей. При этом незначительные достижения мальчика превозносились и вызывали восторг, тогда как заслуги и достоинства самой девочки подавлялись или не замечались. Возникавшее на этом фоне чувство обиды и несправедливости аккумулировалось, и порождало мысли о нежелании быть женщиной.

Вместе с тем, часть женщин с анорексией, имеющих проявления острой НТ, в детском и подростковом возрасте подвергались прямым унижениям со стороны сиблингов и сверстников, особенно мальчиков. В качестве унижения респонденты отмечали шутки, насмешки, обман и издевательства (например, брат со своими друзьями смеялись над гениталиями девочки, или старший брат скручивал руки и держал, пока она пыталась вырваться и др.). В такие моменты женщины, будучи девочками, испытывали чувство бессилия из-за различий в физической силе, и фиксировали мнение о том, что мальчиком быть лучше.

Вызванное указанными психотравмирующими ситуациями нежелание принимать свою женскую природу, бессознательно привело участниц исследования к анорексичному поведению, как способу устранения вторичных половых признаков (замедление или остановка развития груди, таза, аменорея и т.д.) с целью «превращения» в мальчика [245]. Наблюдаемый эффект в сдерживании

физического развития закрепит убежденность в необходимости отказа от еды и привел к прогрессированию анорексии.

Еще одной травмой, оказавшей значимое влияние на возникновение и развитие анорексии у части респондентов, была определена эдипальная психотравма, выраженная в кастрационном комплексе. Отсутствие успешной идентификации с матерью и подавляемая агрессия на нее, стали ключевыми в формировании РПП, как способа мести. Таким образом женщины сместили агрессию с материнского объекта на собственное тело.

Также немаловажным для понимания причин анорексии оказалось обнаружение у девушек так называемой генитальной психотравмы. Введение этого вида психотравмы мы обуславливаем выявлением у нее отличительных особенностей от травм ранних этапов развития, которые могут препятствовать успешному прохождению генитальной стадии. Так, травма этого периода характеризуется осознанием нарастания сексуальных импульсов, которые нельзя удовлетворить. Отличие от травмы фаллической стадии состоит в факте осознания возникающих сексуальных побуждений. Таким образом, в период начала полового созревания участницы исследования столкнулись с конфликтом между своим повышенным либидо и его жестким подавлением как с внешней (родители), так и с внутренней (установки и стереотипы) сторон. В половине случаев это наблюдалось в семьях с сильной религиозной направленностью, где всё, что связано с сексуальностью транслировалось как грязное и постыдное. Непонимание того, каким доступным способом можно удовлетворить переполняемые импульсы, а также тревога и чувство вины за их возникновение, привели девушек к анорексии как средству снижения либидо. Истощение, как результат анорексичного поведения, способствовал ослаблению сексуального влечения и вместе с тем чувства вины, вместо которой возникла агрессия по отношению к родителям за двойные стандарты, ограничения и навязанные установки, которые не получается нарушить, а также по отношению к себе за принятие этих установок [168].

У большинства женщин с булимией, также, как и у женщин с анорексией, была выявлена острая нарциссическая психотравма. Наряду с недостатком внимания от родителей, эти женщины в детстве также испытывали унижение от них и/или сиблингов и сверстников. По мнению части респондентов, родители демонстрировали по отношению к ним безразличие и «нелюбовь», которые сопровождались упреками, упоминанием нежелательности их рождения, неприятными комментариями в адрес их внешности и поступков, отсутствием похвалы даже за значимые достижения (призовое место в конкурсе, освоение нового дела и т.д.) и др. Поводом для унижений со стороны сверстников служили в первую очередь кажущиеся особенности внешности (склонность к полноте, особая форма ушей, речевые нарушения и т.п.). Интроецирование этих унижений привело к булимии, посредством которой респонденты продолжили самоунижения.

Признаками наличия влияния генитальной психотравмы у женщин с булимией, также, как и у женщин с анорексией, стало осознанное подавление чрезмерных сексуальных импульсов, расцениваемых значимым окружением как недопустимые, постыдные и греховные. В результате генитальной психотравмы, у этих женщин в подростковом и юношеском возрасте стали появляться случаи биполярного пищевого поведения. Чувство тревоги, возникавшее от непонимания как можно допустимо реализовать появившееся повышенное сексуальное влечение, порождало приступы переедания, а чувство вины за пищевые срывы и за нарастание сексуальных импульсов приводило к анорексичным действиям, которые в определенной мере помогали контролировать проявление либидо. С переходом на последующие возрастные этапы стереотип данного поведения сохранился, став более бессознательным.

Оральная психотравма у женщин с булимией обнаружилась в первую очередь через факты внезапного разлучения с матерью с отрывом от грудного вскармливания (госпитализация матери, госпитализация младенца), а также через указание на безразличие и безучастность матери в удовлетворении потреб-

ностей ребенка (на основании свидетельств близкого окружения: бабушки, отец, тетя). В результате, неудовлетворенная потребность в сосании и взаимной привязанности со значимым объектом (матерью) стала проявляться в сосании пальца, кусании губ и обгрызании ногтей, а в дошкольном и младшем школьном возрасте в пристрастии «что-нибудь пожевать» (еда, жевательная резинка). Отношения с матерью характеризовались как неустойчивые, с отсутствием любви, доверия и «тепла». Неудовлетворенные потребности в эмпатии и привязанности пробуждали агрессию, которую девочки (и в последствии женщины) старались подавить. К подростковому возрасту женщин у них закрепилось отношение к матери как к «плохому» объекту [71] и произошло замещение материнского объекта продуктами питания.

В целом можно отметить, что значимые различия ($p < 0,0001$) в проявлении видов детских психотравм наблюдаются среди групп Гиперфагия-Анорексия и Гиперфагия-Булимия, а пара Анорексия-Булимия имеет наибольшее совпадение.

Вместе с тем каждый вид психотравмы обнаружил как черты сходства, так и отличительные особенности как при проявлении, так и в своем влиянии на возникновение и развитие у женщин разных видов РПП.

Так, острая нарциссическая травма у респондентов с анорексией зафиксировалась в связи с нежеланием быть девочкой, а стать мальчиком, вследствие благосклонности родителей к брату и другим мальчикам нежели к ней (что воспринималось как унижение), а также вследствие ощущения априорного «превосходства» мальчиков над девочками. В данном случае анорексия выступила способом «превращения» в мальчика. У женщин с булимией фиксация острой НТ произошла в результате интроецирования прямых унижений, где РПП стало способом самоунижения.

Генитальная психотравма, как в случаях с анорексией, так и с булимией, возникла вследствие целенаправленного подавления повышенных сексуальных импульсов, а очистительное поведение стало способом снижения либидо и чув-

ства вины за эти импульсы. Вместе с тем респонденты с анорексией отмечали повышением агрессии в отношении родителей и самой себя.

Оральная психотравма у женщин с гиперфагией была зафиксирована в случаях раннего прекращения грудного вскармливания, запрета на сосание соски, а у женщин с булимией преимущественно в результате неожиданной разлуки (после чего возникла бессознательная агрессия за это) и холодности матери. Неудовлетворенные потребности в сосании привели женщин к гиперфагии, а отсутствие крепкой связи с матерью и восприятие ее как плохого объекта, агрессия с которого сместилась на заместители (продукты), способствовали возникновению булимии.

2.3.5. Взаимосвязь психологических предикторов и жизненного стиля женщин с расстройствами пищевого поведения и нормальным пищевым поведением

Исходя из позиции о том, что каждому типу жизненного стиля соответствует ансамбль психологических предикторов, которые закономерно можно обнаружить у женщин с тем или иным видом расстройства пищевого поведения, нами были проведены факторный и кластерный анализы данных. Результаты факторного анализа количественных показателей представлены в Приложении И.

Так, анализ данных позволил выделить 4 фактора (группы) психологических предикторов жизненного стиля.

Первую группу предикторов составила значительная часть социально-психологических особенностей первого порядка, отражающих преимущественно эмоциональное состояние, а также личностная и ситуативная тревожность и два вида психологических защит. Так в первом факторе отмечается: низкая тревожность, эмоциональная стабильность и контроль, смелость в сочетании с активностью, доверчивость, дипломатичность, спокойствие, целенаправленность, низкий уровень компенсации как психологической защиты при доминировании проекции.

Во вторую группу вошли социально-психологические особенности первого и второго порядка, руководящие социальным взаимодействием и чувственным восприятием, такие как: подчиненность, высокая нормативность (в том числе склонность к морализованию, совестливость, ответственность), конформность, чувствительность и мечтательность.

Третья группа предикторов представлена всеми видами агрессии, самооценкой и одним видом психологической защиты. Так в третьем факторе отмечается высокий уровень агрессии при низкой самооценке и склонности к интеллектуализации.

Четвертая группа предикторов жизненного стиля складывается из социально-психологических особенностей первого и второго порядка, выражающих открытость и экспрессивность, и значительной части психологических защит. Так наблюдается: экстраверсия, экспрессивность, напряженность (энергичность и повышенная мотивация в сочетании с раздражительностью и возбужденностью), низкие психологические защиты отрицания, подавления и регрессии при доминирующем использовании замещения и реактивных образований.

В представленных факторах обнаруживается типизация предикторов, которая позволяет дать условное название каждой группе: 1 фактор – «спокойствие» (тревожность), 2 фактор – «чувственная нормативность», 3 фактор – «агрессия», 4 фактор – «экспрессивность».

Проведенный кластерный анализ выделил 4 кластера респондентов в зависимости от выраженности у них психологических предикторов жизненного стиля [Рисунок 12].

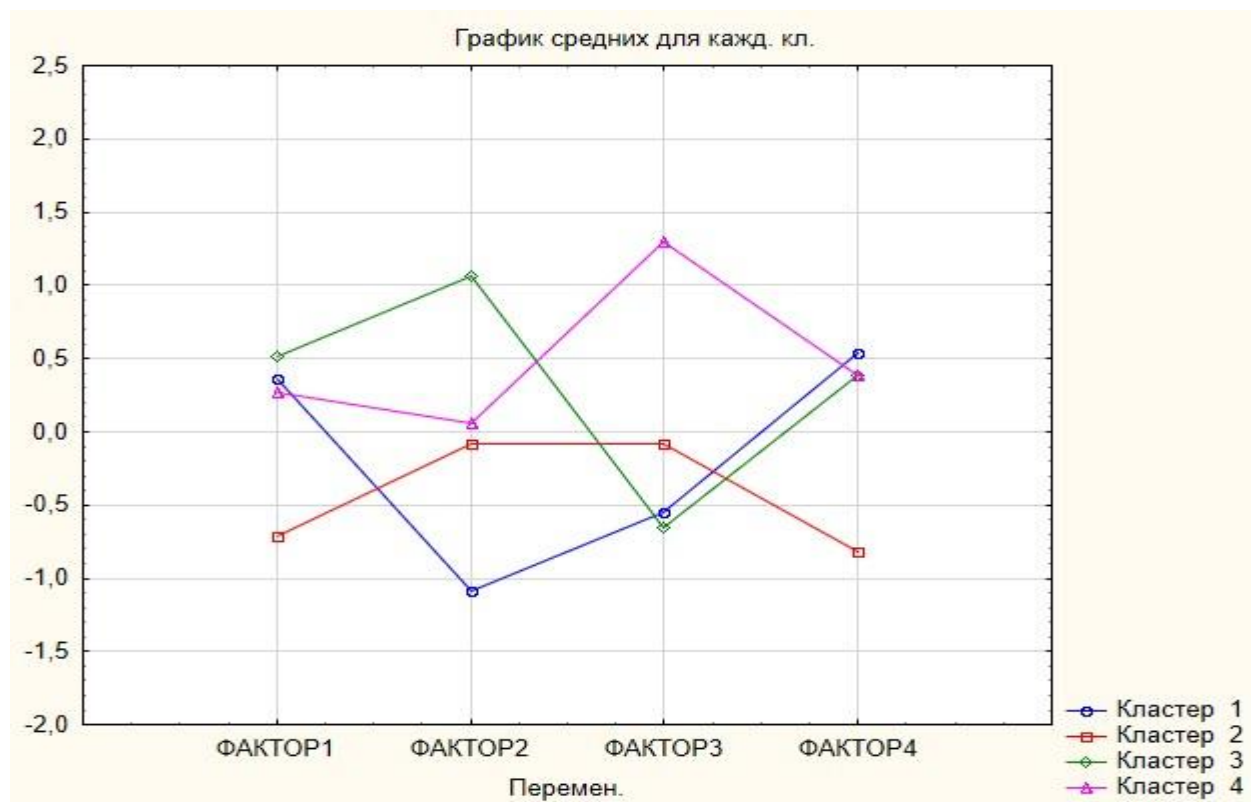


Рисунок 12. Кластеры психологических предикторов жизненных стилей женщин с нарушенным и нормальным пищевым поведением

Как видно из рисунка, первый кластер характеризуется спокойствием (не тревожностью), низкой чувственной нормативностью (практицизм, практичность, ненормативность, уравновешенность), низкой агрессивностью и средней экспрессивностью с тенденцией к повышению. Представители второго кластера тревожны, нормативны, неагрессивны, неэкспрессивны. В третьем кластере наблюдается спокойствие и нормативность в сочетании с низкой агрессивностью и средней экспрессивностью. У четвертого кластера отмечается нетревожность с умеренной нормативностью при высокой агрессии и средней экспрессивности.

Попарное сравнение установило значимость различий между всеми кластерами на уровне $p < 0,0001$, за исключением 1 и 3 кластеров ($p = 0,6863$), где наблюдается значительное сходство в проявлениях всех факторов, кроме фактора чувственности и нормативности: в первом кластере отмечается практи-

цизм и ненормативность, а в третьем – высокая нормативность в сочетании с чувственностью.

Характер манифестации аффективной энергии психологических предикторов в каждом кластере позволяет соотнести их с выделенными нами типами жизненного стиля. Так, наблюдаемая уравновешенность аффективных проявлений в 1 и 3 кластерах соответствует стабильно-аффективному жизненному стилю, мягкие аффекты во 2-ом кластере (тревожность, беспокойство, чувствительность, мечтательность, морализм и др.) отражают пластично-аффективный жизненный стиль, а грубые аффекты 4-го кластера характеризуют ригидно-аффективный жизненный стиль.

Согласно полученным данным первый и третий кластеры составляют преимущественно женщины без РПП, второй кластер – женщины с гиперфагией, четвертый кластер – женщины с анорексией и женщины с булимией [Приложение К].

Таким образом можно заключить, что женщины с гиперфагией имеют пластично-аффективный жизненный стиль, женщины с анорексией и с булимией – ригидно-аффективный, а у женщин с нормальным пищевым поведением преобладает стабильно-аффективный жизненный стиль, наряду с возможным проявлением других жизненных стилей.

Подтверждением этому также служат уровень тревожности и уровень агрессивности, где у респондентов с гиперфагией отмечается высокая тревожность (мягкие аффекты) и умеренная агрессивность (грубые аффекты), у участниц с анорексией и с булимией обратные выражения, женщины без РПП проявляют тревожность и агрессивность на низком и среднем уровнях (см. п. 2.3.3 настоящей работы).

Вместе с тем, представляется интересным оценить риск возникновения РПП и выделить ключевые показатели этого риска из числа психологических предикторов жизненного стиля. На Рисунке 13 представлено моделирование оценки в виде Дерева решений.

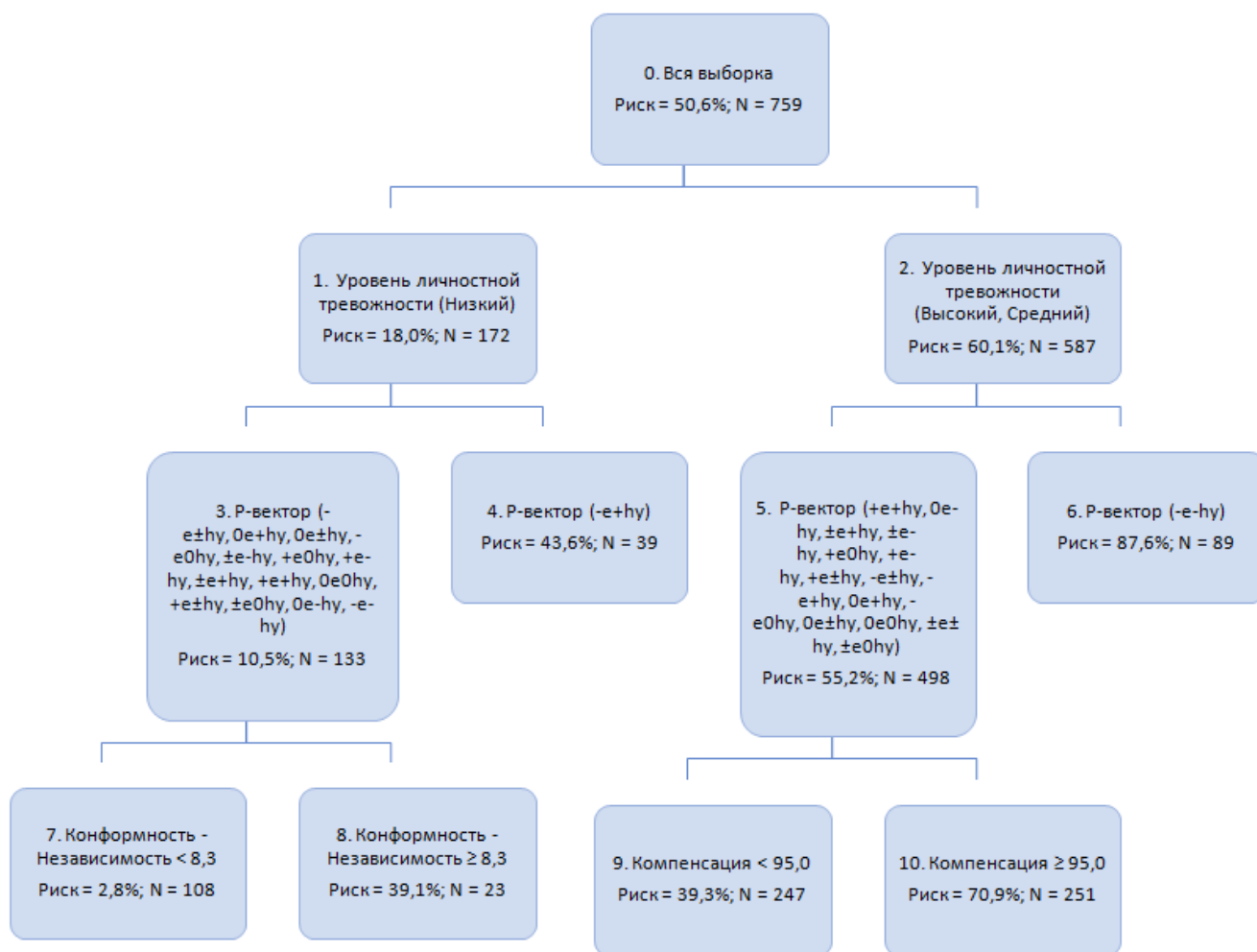


Рисунок 13. Оценка риска возникновения РПП у женщин

Результаты проведенного моделирования показали, что ключевым фактором возникновения РПП можно считать наличие у женщины высокого и среднего уровня тревожности, при которых риск появления проблем с пищевым поведением составляет 60,1%. При таком уровне тревожности наибольшему риску (87,6%) подвержены лица, обладающие внутренней паникой, угнетенностью и т.п. в качестве ведущей бессознательной побуждающей тенденции ($-e-hy$ в тесте Зонди). При других тенденциях этического побуждения риск РПП на уровне 70,9% возникает в случае высокого использования психологической защиты Компенсация. В случае обладания человеком низкой тревожностью риск РПП имеется на невысоком уровне (18%), при этом в значительной степени

(43,6%) в сочетании с аффектами Каина как ведущей побудительной тенденцией ($-e+hu$ в тесте Зонди).

Данные представленной модели имеют прогнозную ценность положительного результата на уровне 95,9%, а эффективность – 81,5%, что демонстрирует высокий уровень ее достоверности. Вместе с тем результаты оценки согласуются с описанными выше и отражают взаимосвязь развития и удержания гиперфагии с мягкими аффектами (тревога, стыд, неуверенность, добродетель и т.д.), а анорексии и булимии – с грубыми аффектами (агрессия, гнев, садизм и т.п.).

В целом результаты исследования подтверждают гипотезу о том, что каждому виду РПП соответствует определенный жизненный стиль, имеющий особые психологические предикторы, лежащие в области бессознательного.

Выводы по Главе 2

1. Женщины с нарушенным и нормальным пищевым поведением имеют разные жизненные стили: с гиперфагией – пластично-аффективный, с анорексией и с булимией – ригидно-аффективный, с нормальным пищевым поведением – стабильно-аффективный, наряду с возможностью других стилей.

2. Жизненные стили женщин с разными видами РПП и без РПП имеют различное сочетание психологических предикторов.

Жизненный стиль женщин с гиперфагией характеризуется ведущей ролью мягких аффектов, где психологическими предикторами выступают: высокий уровень тревожности, подавление грубых аффектов, тенденция к моральному мазохизму, моральному садизму (реализуется по отношению к близким в виде бессознательного лишения их желанной взаимной привязанности), повышенная потребность в привязанности (манифестирует путем смещения с людей на продукты из-за страха потери или предательства объектов привязанности из числа близких людей), вытеснение и подавление своих потребностей, желание скрыться (удовлетворяется через лишний вес, являющийся результатом гипер-

фагии), потребность в социальном одобрении, консерватизм, регрессия, компенсация и отрицание как ведущие психологические защиты, кумулятивная нарциссическая и оральная психотравмы, фиксированные в детстве.

Жизненный стиль женщин с анорексией характеризуется ведущей ролью грубых аффектов, с такими психологическими предикторами как: высокий и средний уровень агрессии, агрессия и садизм при подавлении эрос-энергии, навязчивое Я, отсутствие потребности в привязанности, замещение и реактивные образования – главные психологические защиты, нонконформизм, острая нарциссическая, генитальная и эдипальная психотравмы.

Жизненный стиль женщин с булимией характеризуется ведущей ролью грубых аффектов, со следующими психологическими предикторами: высокий и средний уровень агрессии, агрессия и садизм эрос-энергии, тотальные нарциссизм и интроекция, амбивалентность потребности в зависимости/независимости, замещение и реактивные образования как главные психологические защиты, нонконформизм, острая нарциссическая, генитальная и оральная психотравмы.

Жизненный стиль у большинства женщин без РПП характеризуется уравновешенностью и стабильностью аффективной сферы, в связи со сбалансированностью его психологических предикторов: нормальные тенденции к любви и нежности, отсутствие потребности в поиске нового объекта привязанности в силу наличия объекта доверия или свободный поиск этого объекта без страха его потери, низкий и средний уровень личностной тревожности, низкий уровень агрессии. Бессознательные побуждающие тенденции и движения в сфере Я не обладают ярко выраженным трендом и могут иметь различные сочетания.

3. Жизненный стиль и его психологические предикторы у женщин с различными РПП имеет дуальный характер (у женщин с гиперфагией пластично-аффективный, у женщин с анорексией и с булимией – ригидно-аффективный, как противоположность первого), а у женщин с нормальным пищевым поведе-

нием наблюдается их среднее состояние – стабильно-аффективный жизненный стиль.

4. Повышенный риск возникновения РПП у женщин возникает при наличии высокого или среднего уровня тревожности в сочетании с внутренней паникой как побудительной тенденцией, либо при низкой тревожности, но при ведущем значении тенденций Каина (грубые аффекты).

ГЛАВА 3. КОРРЕКЦИЯ ЖИЗНЕННОГО СТИЛЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЖЕНЩИН

3.1. Программа психологической коррекции жизненного стиля у женщин с расстройствами пищевого поведения

Учитывая, что РПП являются сложной психофизиологической проблемой, последствия которых проявляются не только в психологическом состоянии и социальном функционировании человека, но и в виде сопутствующих соматических заболеваний, мы придерживаемся позиции комплексного подхода в терапии данных расстройств. Неотъемлемой частью терапии, на наш взгляд, должны стать:

- сбалансированное питание;
- сбалансированная физическая активность;
- медикаментозное лечение соматических заболеваний в остром периоде;
- психокоррекционная помощь.

При этом, в силу доказанности психологической детерминации РПП [75, 101, 158, 178, 179, 182 и др.], ключевую роль в терапии мы отводим именно психологической коррекции. Здесь важно не просто устранить проявления такого поведения, но и сформировать устойчивый результат. Это, в свою очередь, возможно при работе с глубинными причинами.

Концепт предлагаемой программы является универсальным при коррекции жизненного стиля вне зависимости от вида РПП. Это достигается за счет гибкости используемых методов, разнообразия подходов, а также рациональности алгоритма помощи.

Ниже представляем конструктор программы.

Цель: коррекция жизненного стиля женщин с РПП для нормализации их веса.

Методологические основания: методологическую основу программы составляют положения когнитивно-поведенческой психотерапии (А. Бек, Дж. Милль, А. Эллис), концепции судьбоанализа (Л. Зонди), психоанализа

(Д. Калшед, О. Фенихель, З. Фрейд, Э. Эдингер, К. Юнг и др.), нейролингвистического программирования (Р. Бэндлер, Д. Гриндер), структурно-функционального подхода (П.Я. Анохин, Э. Дюркгейм, Е.Е. Бочарова и др.), провокативной терапии (Ф. Фарелли).

Программа коррекции жизненного стиля опирается на структурно-функциональный подход и отражает структурную трансформацию посредством воздействия на функциональные отношения этих структур.

Фундаментом коррекции жизненного стиля являются представления психоаналитического течения о структуре психики, включающей три сферы: бессознательное, предсознательное и сознание [161]. В свою очередь, каждая из этих сфер отражает взаимодействие личностных структур [Рисунок 14], проявляющееся в особенностях поведения личности. Данная сентенция соотносится со структурой жизненного стиля и его психологическими предикторами [Рисунок 3], и позволяет определить уровень и направление коррекционного воздействия. Это обеспечивается за счет децентрализации Я, которое, по нашему мнению, является одним из главных достижений З. Фрейда.

Так, изменение содержания глубинных слоев психики возможно через влияние на сознание, выражаемое в сознательных актах – преобразование Я-сознательного приводит к изменению Я предсознательного и/или бессознательного. Аналогичные связи имеет Сверх-Я.

Средствами воздействия на трансформацию содержания Я (набор идентичностей) и Сверх-Я (свод правил) выступают методы нейролингвистического программирования (НЛП) [30] и когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) [15].

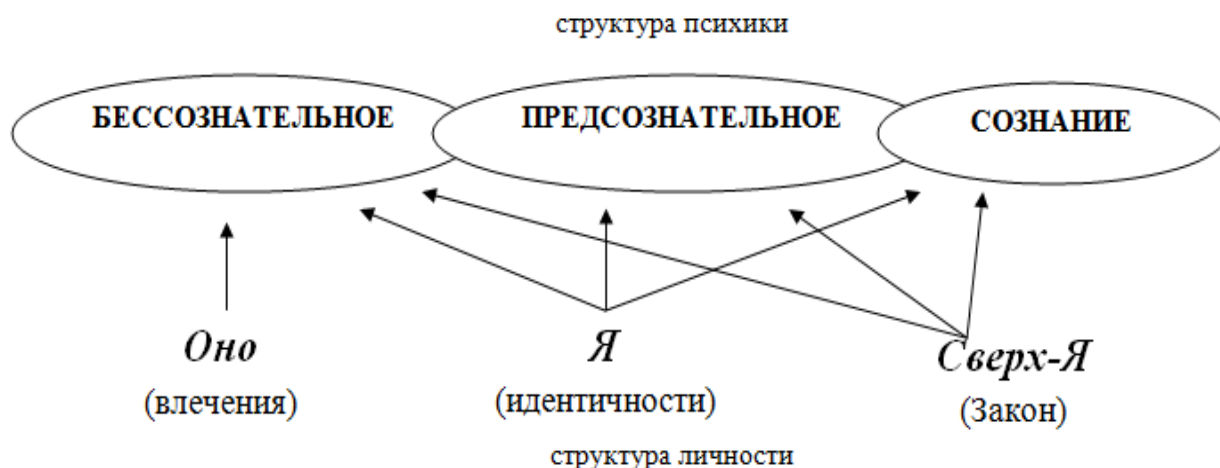


Рисунок 14. Взаимосвязи структуры личности в структуре психики

Применение техник НЛП (работа с субмодальностями, базовыми пресуппозициями, метамоделью, «фокусы языка», реимпринтинг и др.) обусловлено эффективностью влияния через слово на перестройку предикторов поведения всех уровней [7, 72], а также возможностью быстрого и продуктивного установления раппорта как на диагностическом, так и на коррекционном этапе.

КПТ также является одним из наиболее эффективных методов трансформации мыслей и отношений человека, способствующих выработке конструктивных поведенческих паттернов [47, 97, 208]. В связи с этим, практическая ценность КПТ в коррекции жизненного стиля состоит в возможности успешного изменения содержания когниций, влияющих на устойчивость РПП.

Использование концепции судьбоанализа Л. Зонди при коррекции жизненного стиля женщин с РПП связано со способностью быстрой «встречи» (на основании результатов теста Зонди) субъекта со своим бессознательным желанием, обусловленным тенденцией побуждения, как психологическим предиктором глубинного сценария и судьбы влечений, для принятия решения о признании данного желания либо его разрядки. В данном случае судьбоанализ предлагает широкий спектр способов комфортной разрядки через профессиональную деятельность. Вместе с тем, полученные в ходе диагностики данные о ведущих тенденциях побуждений в разных сферах (сексуальное побуждение, пароксизмальное побуждение, Я-побуждение, побуждение к контакту), являют-

ся платформой для перестройки глубинного компонента жизненного стиля с использованием методов КПТ и НЛП.

Провокативные техники, расширяющие инструментарий работы с Я и Сверх-Я, позволяют человеку по-другому посмотреть на свою проблему, склоняют говорить о том, о чем он боялся и подумать, вовлекают в эмоциональное переживание этого опыта, что в целом стимулирует процесс терапии [155]. В рамках коррекции жизненного стиля, на начальном этапе работы, провокация способствует активации бессознательных побуждений и смене их полярности, а также выявлению ограничивающих убеждений и ценностей, которые удерживают проблемный стиль поведения, связанный с РПП. Это открывает окно возможностей для дальнейшей трансформации предикторов всех компонентов жизненного стиля.

Методы психоанализа, в том числе работа с личностной историей, направлены на разрешение глубинных проблем личности, включая психотравмы, выступающие в числе психологических предикторов жизненного стиля женщин с РПП.

Таким образом, процесс коррекции жизненного стиля строится на использовании различных методов психологической теории и практики, демонстрирующих наибольшую эффективность.

Задачи:

1. Определение психологических предикторов жизненного стиля и их особенностей, влияющих на развитие и удержание РПП у женщин.
2. Трансформация психологических предикторов жизненного стиля, удерживающих РПП, в психологические предикторы, устраняющие проблему РПП.
3. Выработка и стабилизация у женщин психологических предикторов жизненного стиля с нормальным пищевым поведением.
4. Нормализация веса женщин.

Участники: девушки и женщины в возрасте от 13 лет, имеющие симптомы или подтвержденный диагноз расстройства пищевого поведения, вызывающие у них (или у родителей несовершеннолетних) беспокойство, в том числе лишним весом или его нехваткой (РПП, связанные с чрезмерным потреблением пищи; ограничением или уклонением от потребления пищи в сочетании с очистительным поведением, чрезмерными физическими нагрузками и др.; приступами переедания и очистительного поведения).

Формы работы: индивидуальная, групповая, в том числе посредством сети Интернет.

Регулярность и продолжительность: периодичность – 1-2 раза в неделю, продолжительность – до 2-х месяцев.

Этапы:

1. Диагностика.

Направлен на определение психологических предикторов жизненного стиля и их особенностей, влияющих на развитие и удержание РПП.

Используемые методики: тест Зонди, структурированное психоаналитическое интервью, «Индекс жизненного стиля» (Р. Плутчик, в адаптации Е.С. Романовой, Л.Р. Гребенникова), 16-ти факторный личностный опросник Р. Кеттелла, тест агрессивности Л.Г. Почебут, тест тревожности Спилбергера-Ханина.

2. Планирование.

Направлен на построение программы индивидуального сопровождения психологической коррекции жизненного стиля: проектирование путей решения проблемы, отбор содержания, выбор средств, методов и т.д.

3. Реализация.

Направлен на коррекцию жизненного стиля с РПП посредством изменения его психологических предикторов и их трансформации в психологические предикторы жизненного стиля с нормальным пищевым поведением.

Используемые методы и подходы: НЛП, КПТ, судьбоанализ, психоанализ, провокативная терапия, эриксоновский гипноз.

4. Оценка.

Направлен на оценку результативности мероприятий коррекционного этапа программы.

Используемые методики: психоаналитическое интервью, тест Зонди, тест агрессивности Л.Г. Почебут, тест тревожности Спилбергера-Ханина. Данные методики позволяют оценить ключевые психологические предикторы жизненного стиля и характер изменений, влияющих на решение проблемы РПП.

5. Мониторинг.

Осуществляется по истечении 6-18 месяцев с момента окончания коррекционного этапа. Направлен на определение эффективности коррекционной работы по ключевым маркерам: характер пищевого поведения с момента окончания программы и в настоящее время, вес, степень удовлетворенности (жизнью, внешним видом, межличностными отношениями и т.д.) и др.

Используемые методы: анкета обратной связи, опрос.

Основные положения и система коррекции

Процесс коррекции жизненного стиля с РПП строится на замене его психологических предикторов. Учитывая, что ядром жизненного стиля являются глубинный сценарий и судьба влечений, психологическими предикторами которых выступают тенденции побуждений, ключевая роль отводится изменению этих тенденций. Вместе с тем трансформации подлежат когниции, выступающие предикторами других компонентов жизненного стиля. Отработке психотравм (при их наличии) также уделяется значительное внимание. Таким образом происходит изменение жизненного стиля на уровне убеждений, ценностей, мировоззрения и поведения. Данный процесс осуществляется посредством воздействия на Я и Сверх-Я лингвистическими и иными инструментами.

Так, исходя из того, что Я находится в зоне бессознательного, как и сознательного и предсознательного, и бессознательное, т.е влечения и их судьба

вливают на то, что собственно находится в Сверх-Я и Я, то следовательно, мы через воздействие на сознательный акт и его речевое воплощение можем влиять на Я и Сверх-Я и таким образом на бессознательное, то есть судьбу влечений и глубинный сценарий жизненного стиля, в нужном нам направлении. Если в Сверх-Я прописан некий Закон, правила (отношения субъекта к его объектам с точки зрения морали и этики), который осознается и не осознается, т.е. действует как сознательно, так и бессознательно, то через техники НЛП (например, «фокусы языка») можно влиять на его изменение, или другими словами, «переписать Закон». Таким образом, посредством лингвистических инструментов мы меняем представления о реальности в Я, меняем структуру разрешений и морали личности, то есть не только то, что делать, но и как мыслить. Это приводит к необходимому для нас результату, а именно – к нормализации веса женщины и ее жизненному стилю с нормальным пищевым поведением.

Процесс коррекционного воздействия через сферу Я и Сверх-Я можно представить следующим образом [Рисунок 15]:

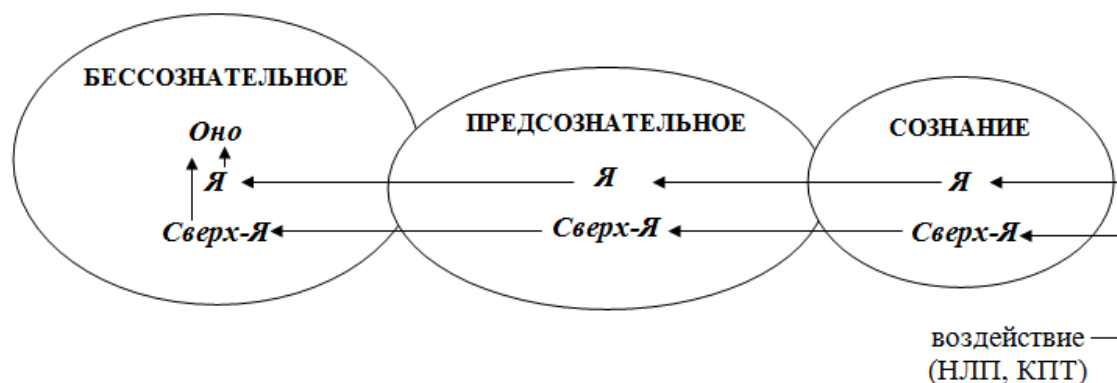


Рисунок 15. Модель коррекции жизненного стиля посредством воздействия на сферу Я и Сверх-Я

Алгоритм психологического сопровождения женщин по коррекции жизненного стиля с РПП представлен следующим образом:

1. Активация ведущих тенденций побуждений.

Осуществляется с использованием провокации на сексуальную, инцестуозную или тему запретных фантазий по поводу желаний расправы с близкими

родственниками. Выбор данных тем обусловлен наличием проблем в тенденциях побуждений этой направленности, как психологических предикторов жизненного стиля с РПП (подавление сексуальных побуждений, подавление агрессии, смещение агрессии и т.д.). Провокация реализуется через рассказы известных случаев из истории народов или случаев из практики, которые шокируют слушателя и порождают выход его теневой стороны (то есть проявляют тенденции заднего плана). Проговаривание этих историй со спокойным видом, будто описываете обыденные явления человеческой жизни, ставит под вопрос прежние представления о реальности человека и его форме защит от собственных влечений, которые удерживали проблему, связанную с РПП, и отображались в жизненном стиле. В этот момент появляется возможность сделать «перезапись» представлений и психологических защит при помощи техник НЛП («фокусы языка») и КПТ, которые разрушают прежние представления и ценности и формируют новые.

2. Изменение ведущих тенденций побуждений, ценностей, убеждений и других психологических предикторов жизненного стиля с РПП.

Ключевая задача состоит в смене полюса ведущих тенденций побуждений: тенденции профиля переднего плана (по результатам теста Зонди) заменяются на эквивалентные тенденции комплементарного (заднепланового) профиля. С помощью техники НЛП «фокусы языка» и КПТ снимается напряжение в подавляемых влечениях и тем самым изменяется уровень давления Сверх-Я над Оно. Это осуществляется через разрушение ключевых ценностей, убеждений и защит, формируемых под влиянием ведущих тенденций побуждений переднего плана, и их замену на полярные.

Таким образом, женщине временно, на период нормализации веса (его снижения или набора) предлагается противоположный жизненный стиль: женщине с гиперфагией – ригидно-аффективный, а женщине с анорексией или с булимией – пластично-аффективный.

При этом возможны некоторые искажения в поведении женщины в течение определенного времени, в связи с тем, что она начинает получать удовольствие от происходящих изменений и противоположного стиля, связанного с амбивалентными ценностями и разрядкой влечений, которые раньше были под запретом. В связи с этим, после достижения желаемого женщиной результата надлежит уравновесить тенденции побуждений и иные психологические предикторы и привести женщину к стабильно-аффективному жизненному стилю с гибкостью поведения по ситуации.

3. Проработка психотравмы.

Провокативные и НЛП техники позволяют вывести вытесненный внутренний конфликт, как правило спровоцированный психотравмой в отношениях со значимыми близкими, на уровень осознания. С использованием методов психоанализа (работа с личной историей, личным мифом, анализ сновидений и др.) психотравма подлежит проработке, что приводит женщину к переоценке своих реакций и оценок на конфликт с точки зрения выгоды (здоровье, успех в личной жизни и профессии) на настоящий момент.

4. Формирование новых, «продуктивных» ценностей, убеждений, защит и других психологических предикторов жизненного стиля с нормальным пищевым поведением.

Происходит посредством использования техник НЛП, КПТ и скрытых внушений (эриксоновский гипноз) новых убеждений и ценностей в состоянии бодрствования, которые обеспечивают важную иллюзию слушателя о том, что он сам, посредством логических заключений, при помощи психолога отказался от прежнего стиля жизни и сформировал новый – «здоровый» образ жизни, и разрешает себе воспринимать внешность как неотъемлемую часть собственной идентичности и социального статуса. То есть женщина понимает отсутствие давления ожиданий и осознает прелесть своего женского бытия, и вместе с тем власть над мужчинами за счет своей сексуальности, а также возможность непоследовательности.

5. Разрядка энергии ведущих тенденций побуждений.

Для поддержания стабильности аффективных проявлений и ведущих тенденций побуждений, недопущения их перекоса, с целью сохранения жизненного стиля без РПП, необходима дополнительная разрядка доминирующих влечений, в том числе побуждений коренного фактора. Одним из эффективных и комфортных способов является сублимация этой энергии в профессиональной деятельности. Подбор рода занятий возможен с ориентацией на предложения Л. Зонди [60, С. 51-52].

Таким образом, результативность коррекции жизненного стиля женщин с РПП достигается за счет изменения психологических предикторов всех его компонентов посредством воздействия на все уровни психики личности и использования разнообразного инструментария [Рисунок 16].



Рисунок 16. Система психологического сопровождения коррекции жизненного стиля женщин с РПП

Коррекция жизненного стиля женщин с гиперфагией

Стратегия коррекции жизненного стиля женщин с гиперфагией строится исходя из его ключевых предикторов, к числу которых относится высокая тре-

возможность, обусловленная подавлением агрессии (*-e-hy* в тесте Зонди), как правило на своих близких. То есть *-e-hy* свидетельствует о наличии агрессии, но она находится под этическим запретом в Сверх-Я, или иными словами, действует внутренний Закон, по которому не хорошо иметь каинитские притязания в отношении близких людей (в связи с чем подавленные, неудовлетворенные влечения к агрессии, вызывают тревогу, которую женщина пытается заглушить чрезмерным потреблением пищи). Это в свою очередь формирует ценность быть не агрессивным, не иметь по отношению к окружению открытой агрессии, даже внутри себя. Что также проявляется в тенденциях Авеля (*+e-hy*).

В связи с этим, коррекция жизненного стиля начинается с провокации, направленной на активацию бессознательных побуждений, связанных с манифестацией агрессии. Тематами провокации выступают в первую очередь истории о расправе с близкими родственниками (родителями, детьми, сиблингами), что способствует обнаружению детской травмы, после которой удовлетворение потребности в эмоциональной привязанности сместилось с объекта на продукты.

Вызванные провокацией сомнения о собственных представлениях о реальности, с помощью «фокусов языка» разрушают прежние ценности (запрет не только на проявление агрессивных эмоций по отношению к близким, связанным с субъективными представлениями о несправедливости в их поведении по отношению к слушателю, но и на осознание и внутреннее проживание их, на их наличие). Разрушение текущих ценностей и убеждений снижает напряжение в подавляемых побуждениях (*-e-hy*). Их замена на противоположные (*-e+hy*, $\pm e\pm hy$) осуществляется с использованием техник НЛП и КПТ. Например, посредством рассказов о наличии у людей разных эмоций и фантазий, отмены постулата: «Одинаково грешен тот, кто подумал и тот, кто сделал», замена его на: «Мысль – это мысль, а действие – это действие» и др.

После проработки обнаруженного внутреннего конфликта, обусловленного психотравмой, осознания и переоценки отношения к нему, следует формирование новых ценностей и убеждений, соответствующих жизненному стилю с

нормальным пищевым поведением. Формированию подлежат ценности, представления и убеждения, обусловленные тенденциями каждого вектора побуждений по концепции Зонди [Приложение Б].

Так, с помощью методов скрытых внушений и НЛП вырабатывается возврат фокуса нарциссизма с этической сферы ($-e$, $+e$ в $\pm e$) на внешние данные ($-hy$ в $+hy$, $\pm hy$), что делает снижение веса и удержание результата естественным для субъекта процессом, а не тягостным бременем на волевых усилиях с откатами назад после достижения результата. В результате у женщины появляется новое принятие себя на уровне созерцания, вместо осуждения и вытеснения различных эмоциональных реакций с их отреагированием или сублимацией во вне с точки зрения целесообразности и соотношения $+/-$ относительно здоровья, жизненных целей, внутренней гармонии, чувства собственного достоинства и репутации. Происходит принятие своей женской идентичности. Вместе с тем методы КПТ способствуют быстрому устранению симптома, а именно патологического влечения к еде, посредством перекодирования позитивной реакции на сладкое, мучное, жирное и т.д., на негативную, как ценностного поведенческого паттерна.

Выбор способа сублимации и разрядки в профессиональной деятельности энергии ведущих тенденций побуждений от их переполнения, осуществляется с учетом индивидуальных особенностей и предпочтений женщины.

Таким образом можно заключить, что исходя из ведущей тенденции побуждений тревоги вследствие подавления грубых аффектов ($-e-hy$) и тенденций Авеля ($+e-hy$), основной стратегией при коррекции жизненного стиля женщин с гиперфагией является разрешение внутренней агрессии, формирование способов ее разрядки, выработка мышления принятия своих негативных мыслей и аффектов в отношении родных ($-e+hy$). То есть принятие своих теневых тенденций Каина. При тенденции скрыться ($-hy$) формированию подлежат паттерны мышления и поведения, направленные на демонстрацию своих способностей, достижений, внешности и т.д. и гордости за них ($+hy$). Следовательно, за-

дачей является научить не подавлять свои желания и не скрываться, и как следствие, выйти из состояния тревоги, чувства вины, стыда и т.п. и обрести уравновешенный, гибкий стиль поведения.

Коррекция жизненного стиля женщин с анорексией и с булимией

Стратегия коррекции жизненного стиля женщин с анорексией и с булимией строится исходя из его ключевых предикторов, к числу которых относится тенденция Каина ($-e+hy$). В отличие от женщин с гиперфагией, женщины с анорексией и с булимией, как правило, не стесняются своих мыслей, считают их справедливыми, однако не имеют возможности для их проявления, в связи с чем удерживают в себе (что приводит к истощению). В данном случае провокация также будет направлена на активизацию агрессивных проявлений посредством обсуждения запретных тем сексуальности, инцестуозной привязанности и наказания людей из близкого окружения (семья, коллектив с места работы или учёбы) с целью восстановления справедливости.

Однако, с учетом того, что на уровне Закона в Сверх-Я агрессия разрешена, при разрушении ценностей акцент делается на отмене смещения ненависти с людей на еду, обратно на людей. При этом, если в настоящее время нет возможности отреагирования агрессии на «обидчика», она происходит в виде отсрочки на будущее, когда это будет безопасно (не будет финансовой зависимости от родителей или мужа). Как правило, к тому моменту от переизбытка деструктивной агрессии ничего не остаётся, так как значительная её часть была израсходована на достижение финансовой независимости посредством карьеры, бизнеса или удачного выхода замуж. Кроме того, пройденный жизненный путь с обозримыми результатами позволяет осознать связку между агрессией и успехом, где достижение результата было бы невозможным без необходимого заряда обсуждаемой эмоции. Для иллюстрации используется литература или кинематограф, например фильм «Москва слезам не верит», что является методом косвенного внушения и прописывает экологичный сценарий разрядки агрессии Каина (гнев, зависть, злоба, ненависть, желание мстить).

При формировании новых ценностей методом скрытых убеждений и НЛП предлагаются иные формы проявления агрессии (стать счастливой и независимой назло всем неприятелям), а также сублимация агрессии в виде использования этой энергии в реализации карьерных амбиций. Использование примеров знаменитостей, обиженных в детстве, и демонстрация невозможности их успеха без наличия психотравмы с плохими родственниками, способствует осознанию субъектом выгоды от такого положения дел, что приводит к снятию напряжения в тенденции Каин и ее смене на противоположную.

Вместе с тем, исходя из характера психотравм, как психологических предикторов жизненного стиля, в процессе работы значительное внимание уделяется формированию у женщины своей гендерной идентичности. В ситуации наличия сложных внутриличностных конфликтов, наряду с НЛП и КПТ целесообразно использовать методы психоаналитической психотерапии.

Таким образом можно заключить, что процесс коррекции жизненного стиля женщин с анорексией и с булимией в целом аналогичен коррекции жизненного стиля женщин с гиперфагией. Однако, в данном случае, разрядке подлежат тенденции Каина и центральной задачей является научить женщину корректно проявлять агрессию во вне (использовать ироничный юмор, подбирать удобный момент для выстраивания личных границ, избличение выгоды из сложившейся ситуации, использование агрессии, как жизненной энергии для постановки достижения амбициозных целей, требующих определённой степени одержимости идеей их достижения, что сопровождается повышенным расходом сил).

При работе с гиперфагией, акцент делается не сколько на разрядку каинитской тенденции, а на разрешение её осознания и удержания этой злости внутри себя, что в последствии запускает механизм отказа от употребления большого количества продуктов, аналогично тому, как это происходит у женщин с анорексией. Если при анорексии на продукты смещается агрессия с людей из значимого окружения, то в случае с гиперфагией на продукты смещается

с людей потребность в эмоциональной привязанности из-за психотравм. В рамках психокоррекционных мероприятий проводится работа не только с психотравмирующими обстоятельствами, сформировавшими определённый жизненный стиль, но и создаются условия для формирования новых представлений об отношениях между людьми, где возможная разлука по любым обстоятельствам уже не означает: «Я больше никогда не буду привязываться к людям, чтобы потом не страдать», а означает: «Мне нужен новый объект для построения счастливых отношений». Что в одно, что и в другом случае, еда выводится из роли объекта заместителя и особое внимание уделяется перезаписи представлений об объектных отношениях и восприятия своей половой идентичности. В итоге система коррекционных воздействий приводит к устранению симптомов РПП (аппетит восстанавливается, вес нормализуется) и гармонизации жизненного стиля.

Ценность программы

В представленной системе коррекции жизненного стиля с РПП акцент делается не на волевых усилиях для достижения нормального веса и его удержания, а за счет того, что мы работаем с глубинными параметрами (такими как влечения, структура бессознательного, куда входят в том числе ценности и убеждения) человек таким образом не тратит волевых усилий, для него достигнутая цель по нормализации веса не является слишком тяжелой и это в последствии не обесценивает его достижений, как это часто бывает.

Предлагаемый подход формирует неприемлемость плохого внешнего облика на уровне ценностей и самовосприятия, что делает поддержание хорошего внешнего вида достаточно естественным и непринужденным.

Рекомендации

1. Уделить особое внимание показателям пароксизмальных тенденций побуждений в результатах теста Зонди (Р-вектор), в связи с их ключевой ролью в формировании жизненного стиля с РПП: у женщин с гиперфагией – зажатая (подавляемая) агрессия и смещение нарциссизма с тела на этику, у женщин с

анорексией и с булимией – открытые тенденции Каина, особенно их чрезмерное давление.

2. Проработать проблему с половой идентичностью: сформировать у субъекта чёткое представления выгод пребывания в женском и мужском теле. Выгода должна быть такой у женщины, которая не может быть реализована в мужском.

3.2. Результаты апробации программы психологической коррекции жизненного стиля женщин с расстройствами пищевого поведения

Полный курс программы по коррекции жизненного стиля прошли 311 участниц эмпирической части исследования, имеющих РПП (81%). Из них: 201 с гиперфагией, 68 с анорексией, 42 с булимией. Остальная часть не завершила участие в программе, ссылаясь на различные причины (нехватка времени, невозможность выполнения заданий, муж против и др.), при этом у большинства из них наблюдалось сопротивление и неприятие перемен в связи с непризнанием вторичных выгод от РПП или нежеланием от них отказаться, а также из-за страха принятия решений и их последствий.

Оценка результативности реализации программы по коррекции жизненного стиля у женщин с РПП осуществлялась по ключевым показателям: ведущие тенденции побуждений, уровень тревожности и уровень агрессивности, а также субъективная оценка удовлетворенности переменами и жизнью в настоящий момент.

Так, под влиянием системы психологического сопровождения в рамках реализации программы, у женщин отмечались изменения в ведущих тенденциях побуждений (по результатам теста Зонди), которые стали более уравновешенными [Приложение Л].

Результаты контрольного тестирования показали, что во всех группах респондентов в S-векторе «Сексуальное побуждение» наблюдаются положительные изменения в сторону нормальной сексуальности, любви к конкретному че-

ловеку и проявлению своего женского начала ($+h+s$, $+h0s$, $+h-s$). При этом стоит отметить снятие у участниц гипертонусных реакций, которые прежде приводили к чрезмерной напряженности и искажению тенденций побуждений.

Так, у женщин с гиперфагией тенденции к мазохизму ($+!h/+!!h-!s$, $0h-!s$) трансформировались в нормальную женственность ($+h-s$) и готовность к нежным контактам ($+h+s$, $+h0s$). Нулевые реакции $0h0s$, ранее свидетельствующие о самоудовлетворении либо аскезе, в настоящее время демонстрируют естественную разрядку сексуальной потребности.

У женщин с анорексией и женщин с булимией тенденции садизма и агрессии при отсутствии любви ($-h+s+!s/+!!s$, $0h+s+!s/+!!s$) также претерпели изменения в сторону нормального проявления либидозной энергии, а случаи воздержания как самонаказания ($0h0s$) устранились.

Значимость различий в проявлении тенденций сексуального побуждения до и после участия в программе во всех группах респондентов отмечается на уровне $p < 0,0001$.

Исходя из полученных данных, в результате коррекционного воздействия в P -векторе «Этическое побуждение, пароксизмальное побуждение к эмоциональной разрядке» у женщин всех групп отмечается уравнивание аффективной сферы ($\pm e \pm hy$).

Так, преобладающая ранее у участниц с гиперфагией тревога ($-e-hy/-!hy/-!!hy$), а также стремления Авеля ($+e-hy$), в том числе с подавлением своего Каина ($\pm e-hy$), отработаны и приведены к балансу между проявлением мягких и грубых аффектов.

У женщин с анорексией и с булимией также наблюдается трансформация доминировавшей каинитской настроенности ($-e/-!e/-!!e+hy$, $-e \pm hy$, $-!e0hy$) в равновесное состояние ($\pm e \pm hy$). Иные тенденции пароксизмальных побуждений преобразованы в наиболее стабильную картину ($\pm e \pm hy$).

Значимость различий в проявлении тенденций P -вектора до и после участия в программе во всех группах респондентов отмечается на уровне $p < 0,0001$.

В результате коррекционного воздействия во всех группах участниц в *Sch*-векторе «Я-побуждение» удалось достигнуть значительных изменений в тенденциях побуждений Я и привести преимущественно к формированию одного из трех конструктивных стремлений: партиципации ($-k-p$), принятию своей женственности ($+k\pm p$), интегрированному Я ($\pm k\pm p$).

Значимость различий в проявлении тенденций вектора «Я-побуждение» до и после участия в программе во всех группах отмечается на уровне $p < 0,0001$.

Таким образом можно отметить, что проведенная работа по трансформации ведущих тенденций побуждений, являющихся психологическими предикторами глубинного сценария и судьбы влечений, как глубинного компонента жизненного стиля, показала свою эффективность.

Результаты исследования уровня агрессивности (по Л.Г. Почебут), как еще одного ключевого психологического предиктора жизненного стиля женщин с РПП, демонстрируют значительное снижение агрессивности во всех группах исследования [Приложение М].

У представителей всех групп отмечается понижение агрессии до низких и средних значений³ как по отдельным шкалам, так и в целом.

Так, женщины стали менее враждебно относиться к окружающим, значительно сократилась частота словесных оскорблений в их адрес, применения физической силы и аффективной разрядки на предметах. Наибольшие изменения наблюдаются по шкале самоагрессии, где отмечается снижение внутреннего дискомфорта и неудовлетворенности собой.

Данные перемены обусловлены гармонизацией ведущих тенденций побуждений и использованием конструктивных форм разрядки энергии этих побуждений в профессиональной, досуговой и иной деятельности.

Значимость различий в проявлении агрессивности до и после участия в программе по каждой шкале во всех группах отмечается на уровне $p < 0,0001$.

³ Уровень агрессии по шкале: низкий уровень: 0-2 балла; средний уровень: 3-4 балла; высокий уровень: 5-8 баллов

Уровень общей агрессии: низкий уровень: 0-10 баллов; средний уровень: 11-24 балла; высокий уровень: 25-40 баллов

Исследование уровня тревожности с использованием теста Спилбергера-Ханина показало значительное снижение уровня⁴ тревожности в группе женщин с гиперфагией, а также снижение как ситуативной, так и личностной тревожности у остальных участниц исследования [Приложение Н].

Полученные данные показали, что во всех группах респондентов отмечается средний и низкий уровни тревожности. Женщины с гиперфагией в значительной мере стали более спокойны, у них сократилась частота и степень эмоциональной напряженности и раздражительности, повысилась уверенность в собственных силах, решительность и адаптивность поведения. У женщин с анорексией и с булимией также наблюдается снижение уровня напряженности и беспокойства.

Значимость различий в выраженности тревожности до и после участия в программе по каждой шкале в группе Гиперфагия отмечается на уровне $p < 0,0001$, в группах Анорексия и Булимия на уровне $p \leq 0,001$.

Наряду с оценкой результативности реализации программы по ключевым показателям психологических предикторов жизненного стиля женщин с РПП, участницами исследования была дана субъективная оценка удовлетворенности переменами и своей жизнью по итогам коррекционных мероприятий. Так женщины с гиперфагией констатировали снижение веса и фиксации на еде, женщины с анорексией отметили положительную динамику в наборе массы тела, женщины с булимией указали на существенное снижение частоты булимических приступов. Вместе с тем все участницы высказали удовлетворенность от происходящих в их жизни перемен, в частности: улучшение межличностных отношений (в первую очередь с близкими: муж, дети, родители, сибсы), внешний вид, удовлетворенность в любви и интимной близости, самореализация, повышение активности и общего качества жизни.

Таким образом можно отметить, что разработанная система коррекции жизненного стиля показала эффективность в устранении психологических пре-

⁴ Справочно: низкий уровень: 20-30 баллов; средний уровень: 31-44 балла; высокий уровень: 45-80 баллов

дикторов РПП у женщин и формировании у них конструктивного жизненного стиля.

В Приложении О представлено описание случая по коррекции жизненного стиля женщины с гиперфагией в рамках реализации указанной программы.

Выводы по Главе 3

1. Программа психологической коррекции жизненного стиля женщин с РПП основана на структурно-функциональном подходе, имеет системный характер и направлена на коррекцию психологических предикторов всех компонентов жизненного стиля.

2. Работа по программе включает в себя следующие этапы: диагностика (определение психологических предикторов жизненного стиля), планирование (проектирование путей решения проблемы, отбор содержания, выбор средств, методов и т.д.), реализация (коррекция жизненного стиля), оценка (анализ результативности коррекционного воздействия), мониторинг (оценка эффективности реализации программы с отсрочкой во времени).

3. Психологическое сопровождение коррекции жизненного стиля женщин с РПП может быть представлено следующим алгоритмом: 1 – активация ведущих тенденций побуждений; 2 – изменение ведущих тенденций побуждений, ценностей, убеждений и других психологических предикторов жизненного стиля с РПП; 3 – проработка внутреннего конфликта, обусловленного психотравмой; 4 – формирование новых, «продуктивных» ценностей, убеждений, защит и других психологических предикторов жизненного стиля с нормальным пищевым поведением; 5 – разрядка энергии ведущих тенденций побуждений посредством сублимации в профессиональной деятельности.

4. Основной стратегией при коррекции жизненного стиля женщин с гиперфагией является разрешение внутренней агрессии, формирование способов ее разрядки, выработка мышления принятия своих негативных мыслей и аффектов в отношении родных. Основной стратегией при коррекции жизненного

стиля женщин с анорексией и с булимией является отмена смещения ненависти с людей на еду, обратно на людей и формирование способов корректной разрядки агрессии во вне. Особое внимание при работе со всеми группами женщин с РПП также уделяется принятию своей женской идентичности.

5. Ключевым аспектом в коррекции жизненного стиля женщин с РПП выступает смена ведущих тенденций побуждений (и обусловленных ими ценностей, представлений, убеждений и др.) на полярные, с их последующей гармонизацией. Так, у женщин с гиперфагией тенденции Авеля сменяются на тенденции Каина, а после нормализации веса приводятся к тенденциям Моисея. У женщин с анорексией и с булимией, наоборот – тенденции Каина сменяются на тенденции Авеля с дальнейшим уравниванием тенденциями Моисея. Таким образом, у женщин с гиперфагией стабильно-аффективный жизненный стиль формируется через смену пластично-аффективного на ригидно-аффективный, а у женщин с анорексией и с булимией посредством смены ригидно-аффективного на пластично-аффективный жизненный стиль.

6. Отличительной особенностью программы является изменение содержания глубинных слоев психики (бессознательное и предсознательное) посредством воздействия на сознательные акты с использованием методов НЛП, КПТ и провокативной терапии.

7. Ценность программы заключается в достижении результата по нормализации веса женщин с РПП не за счет волевых усилий, а в результате проработки глубинных причин проблемы и формирования новой системы ценностей, убеждений, представлений и т.д.

8. Результаты апробации программы показали ее эффективность в решении проблемы коррекции жизненного стиля женщин с РПП: ведущие тенденции побуждений, питающие судьбу влечений и глубинный сценарий, приведены в равновесное состояние, снижены уровень агрессивности и тревожности женщин, отмечается нормализация веса (у женщин с гиперфагией – снижение, у женщин с анорексией – набор) и общая удовлетворенность качеством жизни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение психологических аспектов жизненного стиля, его структурных составляющих, является актуальным и перспективным направлением современной психологии. Обращение к анализу психологических предикторов жизненного стиля продиктовано потребностями психологической науки и практики. Сталкиваясь с проблемами, человек актуализирует свой жизненный стиль, который воплощает устойчивые паттерны поведения в решении жизненных проблем. Однако, в настоящее время в меньшей степени раскрыты психологические предикторы, позволяющие понять природу этих паттернов и предсказать возможные типы жизненных стилей.

Данная диссертационная работа посвящена прикладному аспекту рассматриваемой проблемы – изучению психологических предикторов жизненного стиля женщин с расстройствами пищевого поведения (РПП): гиперфагия (нарушенное чувство голода), анорексия (отсутствие аппетита, избегание приема пищи и самопроизвольное избавление от нее), булимия (чрезмерное потребление пищи и затем избавление от нее).

Жизненный стиль рассматривается в исследовании как модель жизнедеятельности личности, форма проявления ее побуждений, ценностей, убеждений, установок, поведенческих паттернов и выборов в повседневной жизни. В свою очередь, структура жизненного стиля представлена тремя компонентами: 1) глубинный – включает глубинный жизненный сценарий и судьбу влечений, 2) когнитивно-мотивационный – установки, представления, образ жизни (отдых, досуг, самоорганизация, классовые объекты, предпочтения в моде), 3) поведенческий – паттерны повседневного реагирования.

В результате теоретического анализа предложена типология жизненных стилей на основе глубинных сценариев жизни с опорой на жесткие/мягкие аффективные проявления личности. Выделены следующие жизненные стили: пластично-аффективный, ригидно-аффективный и стабильно-аффективный.

Результаты исследования позволили установить психологические предикторы жизненных стилей, влияющие на возникновение и удержание проблем в пищевом поведении женщин: форма привязанности, степень агрессивности и тревожности, побуждающие мотивы, психологические защиты, психотравмы, содержание и движения в сфере «Я».

Психологическими предикторами жизненного стиля женщин с гиперфагией являются: высокий уровень тревожности, подавление грубых аффектов, тенденция к моральному мазохизму, моральному садизму (реализуется по отношению к близким в виде бессознательного лишения их желанной взаимной привязанности), повышенная потребность в привязанности (манифестирует путем смещения с людей на продукты из-за страха потери или предательства объектов привязанности из числа близких людей), вытеснение и подавление своих потребностей, желание скрыться (удовлетворяется через лишний вес, являющийся результатом гиперфагии), потребность в социальном одобрении, консерватизм, регрессия, компенсация и отрицание как ведущие психологические защиты, кумулятивная нарциссическая и оральная психотравмы, фиксированные в детстве.

Психологическими предикторами жизненного стиля женщин с анорексией выступают: высокий и средний уровень агрессии, агрессия и садизм, навязчивое Я, отсутствие потребности в привязанности, замещение и реактивные образования – главные психологические защиты, неконформизм, острая нарциссическая, генитальная и эдипальная психотравмы.

Психологическими предикторами жизненного стиля женщин с булимией являются: высокий и средний уровень агрессии, агрессия и садизм, тотальный нарциссизм и интроекция, амбивалентность потребности в зависимости/независимости, замещение и реактивные образования как главные психологические защиты, неконформизм, острая нарциссическая, генитальная и оральная психотравмы.

Психологическими предикторами жизненного стиля у большинства женщин без РПП выступают: нормальные тенденции к любви и нежности, отсутствие потребности в поиске нового объекта привязанности в силу наличия объекта доверия или свободный поиск этого объекта без страха его потери, низкий и средний уровень личностной тревожности, низкий уровень агрессии.

Эмпирически выявленные особенности психологических предикторов жизненных стилей женщин с РПП и женщин с нормальным пищевым поведением подтверждают существование взаимосвязи между определенным видом расстройства пищевого поведения и сочетанием отдельных психологических предикторов, обусловленных в первую очередь доминированием специфических побуждающих мотивов: у женщин с гиперфагией – наличием повышенной тревожности вследствие подавления агрессии на своих близких, у женщин с анорексией и с булимией – признанием агрессивных побуждений, но без возможности их прямой реализации.

Проведенные факторный и кластерный анализы позволили определить тип жизненного стиля у женщин с РПП, которые носят дуальный характер: у женщин с гиперфагией – пластично-аффективный, с анорексией и с булимией – ригидно-аффективный (как противоположность первого). У женщин с нормальным пищевым поведением отмечается стабильно-аффективный жизненный стиль (среднее состояние), наряду с возможностью других стилей.

Теоретический и эмпирический материал позволили предложить программу психологической коррекции жизненного стиля у женщин с РПП, которая основана на структурно-функциональном подходе, имеет системный характер и направлена на коррекцию психологических предикторов всех компонентов жизненного стиля.

Представленная программа предлагает универсальный алгоритм для коррекции жизненного стиля женщин с любым видом РПП, который основан на положении проработки глубинных причин проблемы и формирования новой системы ценностей, убеждений, представлений и т.д., обусловленных ведущими

ми тенденциями побуждений личности. Результаты апробации программы показали ее эффективность в решении проблемы коррекции жизненного стиля женщин с РПП.

Полученные в ходе исследования результаты **могут быть полезны** при построении коррекционных программ, способствующих поддержанию психического и физического здоровья населения. В частности, будут полезны для центров по снижению веса, в психиатрии, детской психологии и педагогике, занимающейся разработкой рекомендаций для родителей по воспитанию детей и подростков.

Вместе с тем, актуальными могут стать исследования психологических предикторов жизненных стилей лиц с различными видами аддиктивного поведения, лиц с ограниченными возможностями здоровья, классовых социальных групп.

Перспективным представляются исследования, проясняющие первоисточник таких психологических предикторов жизненного стиля, как психологические защиты и судьба влечений. То есть определение того, ценности ли формируются за счет влечений или взаимодействия с защитами влечений, или же ценности формируют защиты или судьбу влечений личности.

Наряду с этим, видится перспективной разработка диагностических методик психологических предикторов жизненного стиля, которые позволяют обнаружить целостную картину жизненного стиля субъекта.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

КПТ – когнитивно-поведенческая терапия

МКБ-11 – Международная классификация болезней 11-го пересмотра

НА – нервная анорексия

НБ – нервная булимия

НЛП – нейролингвистическое программирование

НТ – нарциссическая травма

ПП – пищевое поведение

РПП – расстройства пищевого поведения

СНЕ – синдром ночной еды

16PF – Sixteen Personality Factor Questionnaire (16-тифакторный личностный опросник)

DSM-V – Diagnostic and statistical manual of mental disorders.– 5thed. (Справочник по диагностике и систематике психических расстройств – 5 издание)

EAT-26 – Eating Attitudes Test (Тест отношения к приему пищи)

HSPQ – High School Personality Questionnaire (Личностный опросник для подростков в возрасте от 12 до 16 лет)

LSI – Life Style Index (Индекс жизненного стиля)

VALS – Values and Life Styles (Ценности и стили жизни)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрахам, К. Психоанализ как источник познания для наук о духе / К. Абрахам; пер. с нем. М. М. Бочкарёвой. – Ижевск : ERGO, 2014. – 61 с.
2. Абульханова-Славская, К. А. Стратегия жизни / К. А. Абульханова-Славская. – Москва : Мысль, 1991. – 299 с.
3. Адлер, А. Наука жить / А. Адлер; пер. с англ. А. О. Любченко. – Москва : АСТ, 2023. – 256с.
4. Адлер, А. Практика и теория индивидуальной психологии / А. Адлер; пер. с англ. А. Боковикова. – Москва : Академический проект, 2015. – 232 с.
5. Александер, Ф. Психосоматическая медицина : принципы и применения / Ф. Александер ; пер. с англ. В. В. Старовойтов. – Москва : ИОИ, 2017. – 248 с.
6. Ананьев, Б. Г. Человек как предмет познания / Б. Г. Ананьев. – 3-е изд. – Москва [и др.] : Питер, 2010. – 282 с.
7. Андреас, К. Сердце разума. Практическое использование методов НЛП: [Пер. с англ.] / К. Андреас, С. Андреас. – Москва: Корвет, 2019. – 256 с.
8. Анцыферова, Л. И. Психология повседневности : жизненный мир личности и «техники» ее бытия / Л. И. Анцыферова // Психологический журнал. – 1993. – Т. 14, № 2. – С. 3–16.
9. Ачкасов, Е. Е. Ожирение: современный взгляд на проблему / Е. Е. Ачкасов, С. И. Рапопорт, С. Д. Руненко, А. О. Разина // Клиническая медицина. – 2016. – № 5. – С. 333–338.
10. Балакирева, Е. Е. Расстройства приема пищи (РПП) у детей и подростков / Е. Е. Балакирева // Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы: Научно-практическая конференция. Сборник материалов, Москва, 30 октября 2017 года / под ред. Г. П. Костюка. – Москва: КДУ, 2018. – С. 689–700.
11. Барышева, Е. И. Соотношение понятий стиль жизни и субъективное жизненное пространство личности / Е. И. Барышева // Вестник Костромского

государственного университета им. Н.А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. – 2015. – Т. 21, № 3. – С. 73–78.

12. Бассин, Ф. В. Бессознательное и поведение / Ф. В. Бассин. – Москва : Полиграф сервис, 2015. – 359 с.

13. Бауман, З. Моральная слепота. Утрата чувствительности в эпоху текучей современности / З. Бауман, Л. Донскис ; пер. с англ. А. Самарной ; науч. ред. Т. Н. Раков. – Санкт-Петербург : Изд-во Ивана Лимбаха, 2019. – 365 с.

14. Бедненко, Г. Б. Греческие богини. Архетипы женственности / Г.Б. Бедненко. – Москва : Класс, 2005. – 318 с.

15. Бек, А. Т. Когнитивная психотерапия расстройств личности / А. Бек, А. Фримен ; с предисл. Д. Ковпака ; пер. с англ. С. Комаров. – Санкт-Петербург [и др.] : Питер, 2019. – 447 с.

16. Берн, Э. Игры, в которые играют люди; Люди, которые играют в игры / Эрик Берн ; пер. с англ. А. Грузберга. – Москва : Эксмо, 2015. – 590 с.

17. Библия. Книги священного писания Ветхого и Нового Завета с параллельными местами и приложениями: в синодальном переводе. – Москва : Никея, 2016. – 1592 с.

18. Бион, У. Р. Трансформации: от научения к развитию / У. Бион ; пер. А. Шутков. – Москва : [б. и.], 2020. – 243 с.

19. Блум, Дж. Психоаналитические теории личности / Дж. Блум ; пер. с англ. и вступ. ст. А. Б. Хавина. – Москва : КСП, 1996. – 247 с.

20. Богданова, И. Н. Стиль жизни студентов как форма соотнесения их культурной и социальной идентификации / И. Н. Богданова // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. – 2013. – № 12-3 (38). – С. 33–38.

21. Бодалев, А. А. Личность и общение / А. А. Бодалев. – Москва : Международная педагогическая академия, 1995. – 328 с.

22. Болен, Дж. Ш. Боги в каждом мужчине. Архетипы, управляющие жизнью мужчин / Дж. Ш. Болен. – Москва : Аверс, 2016. – 332 с.

23. Болен, Дж. Ш. Богини в каждой женщине. Главные архетипы в жизни женщин / Дж. Ш. Болен. – Москва : Свет, 2018. – 384 с.

24. Большаков, В. Ю. Эволюционная теория поведения / В. Ю. Большаков. – Санкт-Петербург : Издательство Санкт-Петербургского гос. университета, 2001. – 494 с.

25. Боуэн, М. Теория семейных систем Мюррея Боуэна : Основные понятия, методы и клиническая практика / М. Боуэн, М. Керр, К. Бейкер ; под ред. К. Бейкер, А. Я. Варги ; пер. с англ. В. И. Белопольского. – Москва : Когито-Центр, 2022. – 496 с.

26. Бройтигам, В. Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад ; пер. с нем. Г. А. Обухова, А. В. Бруенка. – Москва : ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.

27. Бронникова, С. Интуитивное питание : как перестать беспокоиться о еде и похудеть : 6 мифов о диетах: почему они не работают, здоровая полнота: когда ожирение - не болезнь , правильное питание без правил , 4 типа семей, в которых переедают , метод Светлячка: 10 принципов настройки питания / С. Бронникова. – Москва : ЭКСМО, 2021. – 478 с.

28. Бурдые, П. Социология социального пространства / П. Бурдые ; пер. с фр. ; общ. ред. пер. Н. А. Шматко. – Санкт-Петербург : Алетейя, 2013. – 288 с.

29. Быховская, И. М. Аксиология телесности и здоровья: вертикали и горизонталы сравнительно-культурного анализа / И. М. Быховская, И. Ю. Люлевич // Международный журнал исследований культуры. – 2018. – № 4 (33). – С. 208–223.

30. Бэндлер, Р. Как вернуть контроль над жизнью. Управляй эмоциями, избавляйся от страхов, эффективно общайся / Р. Бэндлер, О. Фрицпатрик, А. Роберти ; пер. с англ. С. Комаров. – Москва : АСТ, 2022. – 224 с.

31. Ван дер Харт, О. Призраки прошлого: Структурная диссоциация и терапия последствий хронической психической травмы / О. Ван дер Харт, Э. Нейенхёус, К. Стил ; пер. В. А. Агарков, Н. Ю. Федунина. – Москва : Когито-Центр, 2013. – 496 с.

32. Вебер, М. Избранное. Образ общества : [Пер. с нем.] / М. Вебер. – Санкт-Петербург : Центр гуманитарных инициатив, 2017. – 767 с.

33. Веблен, Т. Б. Теория праздного класса / Т. Веблен ; пер. с англ. В. Желнинова. – Москва : АСТ, 2021. – 382 с.

34. Викторова, О. В. Типологизация социальных групп на основе стиля жизни / О. В. Викторова // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. – 2017. – №. 10-1 (84). – С. 36–39.

35. Вознесенская, Т. Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция / Т. Г. Вознесенская // Фарматека. – 2014. – № 12 (285). – С. 91–94.

36. Вознесенская, Т. Г. Типология нарушений пищевого поведения и эмоционально-личностные расстройства при ожирении и их коррекция / Т. Г. Вознесенская // Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты : рук. для врачей : монография / Е. Н. Андреева [и др.] ; под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. – Москва : Мед. информ. агентство, 2004. – С. 234–271.

37. Выготский, Л. С. Психология развития / Л. С. Выготский. – Москва : Юрайт [и др.], 2016. – 302 с.

38. Вяткин, Б. А. Системная интеграция индивидуальности человека / Б. А. Вяткин, Л. Я. Дорфман. – Москва : Институт психологии РАН, 2018. – 175 с.

39. Герсамя, А. Г. Стресс в детском возрасте и психологические особенности личности при аффективных расстройствах / А. Г. Герсамя, А. А. Меньшикова, А. А. Яковлев // Экспериментальная психология. – 2016. – Т. 9, № 3. – С. 103–117. – DOI: 10.17759/exppsy.2016090309.

40. Гидденс, Э. Устроение общества: Очерк теории структуризации / Э. Гидденс. – Москва : Академический проект, 2018. – 525 с.

41. Гриневич, Е. Г. Психогении в генезе боевой психической травмы у участников локальных боевых действий в зоне АТО / Е. Г. Гриневич, О. В. Друзь, И. А. Черненко // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2019. – Т. 10, № 3. – С. 397–407.

42. Гроф, С. За пределами мозга: Рождение, смерть и трансценденция в психотерапии / С. Гроф. – Москва : Ганга, 2018. – 528 с.

43. Групповая психотерапия / под ред. Б. Д. Карвасарского, С. Ледера. – Москва : Медицина, 1990. – 384 с.

44. Гуссерль, Э. Идея феноменологии: пять лекций / Э. Гуссерль; пер. с нем. Н. А. Артеменко. – 3-е изд., испр. и перераб. – Санкт-Петербург : Гуманитарная академия, 2018. – 318 с.

45. Густодымова, В. С. Когнитивно-поведенческий подход в работе с пищевой аддикцией / В. С. Густодымова // Психология и педагогика в Крыму : пути развития. – 2021. – № 4. – С. 39–53.

46. Гуткевич, Е. В. Межпоколенная передача психической травмы, психогенеалогия и психическое здоровье в семье (феноменологическое исследование) / Е. В. Гуткевич, А. И. Шатунова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2019. – № 3 (104). – С. 21–32. – DOI: 10.26617/1810-3111-2019-3(104)-21-32.

47. Добсон, Д. Научно-обоснованная практика в когнитивно-поведенческой терапии / Д. Добсон, К. Добсон. – Санкт-Петербург : Питер, 2021. – 400 с.

48. Дольто, Ф. На стороне подростка / Ф. Дольто ; пер. с фр. А. К. Борисова, – Екатеринбург : Рама Паблишинг, 2020. – 424 с.

49. Доровских, И. В. Посттравматическое стрессовое расстройство при боевых травмах : патогенез, клиника и прогноз / И. В. Доровских, А. С.

Заковряшин, Т. А. Павлова // Современная терапия психических расстройств. – 2022. – № 3. – С. 25–31. – DOI: 10.21265/PSYRN.2022.93.56.003.

50. Дружинин, В. Н. Варианты жизни: очерки экзистенциальной психологии / В. Н. Дружинин. – Москва [и др.] : Питер, 2010. – 154 с.

51. Дурнева, М. Ю. Влияние социокультурных стандартов привлекательности на формирование отношения к телу и пищевого поведения у девушек подросткового и юношеского возраста / М. Ю. Дурнева, Т. А. Мешкова // Психологическая наука и образование. – 2013. – Т. 18, № 2. – С. 25–34.

52. Екимчик, О. А. Жизненный стиль современника: референты и их взаимосвязь / О. А. Екимчик, О. Б. Подобина // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. – 2015. – Т. 21, № 3. – С. 83–88.

53. Жане, П. Психический автоматизм : экспериментальное исследование низших форм психической деятельности человека / П. Жане. – Санкт-Петербург : Наука, 2009. – 499 с.

54. Жизненное пространство в психологии: Теория и феноменология: Сборник статей / под ред. Н. В. Гришиной, С. Н. Костроминой. – Санкт-Петербург : Издательство Санкт-Петербургского государственного университета, 2020. – 532 с.

55. Жизненные модели молодежи: измерения и традиции / С. Н. Костромина, Н. В. Гришина, Н. Л. Москвичёва, Е. В. Зиновьева // Вестник Российского фонда фундаментальных исследований. Гуманитарные и общественные науки. – 2021. – № 1 (103). – С. 79–98.

56. Звенигородская, Л. А. Типы пищевого поведения и гормоны пищевого поведения у больных с метаболическим синдромом / Л. А. Звенигородская, Т. В. Кучеренко, Е. В. Ткаченко // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2007. – № 1. – С. 24–27.

57. Зеленский, В. В. Толковый словарь по аналитической психологии / В. В. Зеленский. – 3-е изд., испр. и доп. – Москва : Когито-Центр, 2008. – 334 с.
58. Зонди, Л. Каин: образы зла / Л. Зонди ; пер. с нем., ред. и предисл. В. Джоса. – Москва : Когито-Центр, 2013. – 213 с.
59. Зонди, Л. Моисей. Ответ Каину / Л. Зонди ; пер. с нем., ред. и предисл. В. Джоса. – Москва : Когито-Центр, 2013. – 173 с.
60. Зонди, Л. Экспериментальная диагностика побуждений. С приложением «Психодиагностических таблиц» / Л. Зонди; пер. с англ. ; предисл. В. В. Джоса. – Москва : Когито-Центр, 2013. – 288 с.
61. Зонди, Л. Я-анализ / Л. Зонди ; пер. И. И. Лопатюк, Р. П. Гехт. – [Б. м.: б. и.], 2017. – 604 с.
62. Иванов, Д. В. Образ тела у подростков с нарушениями пищевого поведения / Д. В. Иванов, А. А. Хохрина // Вестник университета. – 2019. – № 6. С. 198–204.
63. Калшед, Д. Внутренний мир травмы: Архетипические защиты личного духа / Д. Калшед ; ред. и пер. с англ. В. А. Агарков. – Москва : Когито-Центр, 2015. – 398 с.
64. Капустина, А. Н. Многофакторная личностная методика Р. Кеттела: учебно-методическое пособие / А. Н. Капустина. – Санкт-Петербург : Речь, 2006. – 99 с.
65. Карасик, В. И. Переосмысление мифа о братоубийстве в художественном тексте / В. И. Карасик // Жанры речи. – 2017. – № 1 (15). – С. 78–85. – DOI: 10.18500/2311-0740-2017-1-15-78-85.
66. Кейсмент П. Обучение у жизни: Становление психоаналитика / пер. с англ. – Москва : Когито-Центр [и др.] 2009. – 240 с.
67. Кернберг, О. Ф. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях / О. Ф. Кернберг ; пер. с англ. и науч. ред. А. Ф. Ускова. – Москва : Независимая фирма «Класс», 2018. – 368 с.

68. Киршбаум, Э. И. Психологическая защита / Э. Киршбаум, А. Еремеева. – 3-е изд. – Москва : Смысл [и др.], 2005. – 175 с.

69. Киселев, Е. А. Анализ потребительского поведения в контексте стиля жизни современных российских предпринимателей / Е. А. Киселев // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. – 2013. – № 2(26). – С. 65–71.

70. Климов, Е. А. Психология профессионального самоопределения / Е. А. Климов. – Москва : Академия, 2012. – 305 с.

71. Кляйн, М. Лекции Мелани Кляйн по психоаналитической технике / ред. и критический обзор Дж. Стайнера ; пер. с англ. И Гиль Сон. – Москва: Научный мир, 2021. – 217 с.

72. Ковалев, С. В. Исцеление с помощью НЛП: Нейро-лингвистическое программирование психосоматических исцелений / С. Ковалев. – 2-е изд., испр. – Москва : КСП+, 2001. – 570 с.

73. Колпачников, В. В. Соотношение тенденций к актуализации и к самоактуализации в человекоцентрированном подходе / В. В. Колпачников // Мир психологии. Научно-методический журнал. – 2018. – № 3 (95). – С. 104–113.

74. Константинова, Ю. О. Особенности нарушений пищевого поведения в подростковом возрасте / Ю. О. Константинова, М. В. Зеленская // Коллекция гуманитарных исследований. – 2018. – № 6(15). – С. 49–61.

75. Коржова, Е. Ю. Разноуровневые показатели здоровья как предикторы субъективного благополучия студентов / Е. Ю. Коржова, Е. К. Веселова, О. В. Рудыхина // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. – 2022. – Т. 12, № 4. – С. 458–471.

76. Коркина, М. В. Нервная анорексия / М. В. Коркина, М. А. Цивилько, В. В. Марилов. – Москва : Медицина, 1986. – 171 с.

77. Корнилова, Т. В. Эмпатия и отношение к неопределенности и риску у российских врачей / Е. А. Крюкова, Т. В. Корнилова // Вестник Санкт-

Петербургского университета. Психология. – 2022. – Т. 12, № 3. – С. 331–346. – DOI: 10.21638/spbu16.2022.306.

78. Короленко, Ц. П. Психодинамическая психиатрия и аддиктология: монография / Ц. П. Короленко, Т. А. Шпикс, И. В. Турчанинова. – Новосибирск : Немо Пресс, 2020. – 277 с.

79. Котельникова, Ю. А. Жизненный сценарий личности как системный конструкт ее функционирования / Ю. А. Котельникова // Вестник СПбГУ. Серия 12. – 2014. – Вып. 4. – С. 16–30.

80. Кохут, Х. Анализ самости: системный подход к лечению нарциссических нарушений личности / Х. Кохут ; пер. с англ. и науч. ред. А. М. Боковинова. – 2-е изд. – Москва : Когито-центр, 2017. – 367 с.

81. Краско, Т. И. Уровни взаимозависимости механизмов психологической защиты как показатель гибкости «защитного стиля» личности / Т. И. Краско // История Сабуровой дачи. Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии : Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. – Харьков, 1996. – Т. 3. – С. 235–236.

82. Крепелин, Э. Введение в психиатрическую клинику / Э. Крепелин ; пер. с нем. – 6-е изд., электрон. – Москва : Лаборатория знаний, 2020. – 496 с.

83. Кристал, Г. Интеграция и самоисцеление. Аффект – Травма – Алекситимия / Г. Кристал при содействии Дж. Х. Кристала. – Москва : ИОИ, 2017. – 544 с.

84. Кровяков, В. М. Нарциссизм: жажда превосходства, индивидуализм, воля к власти, травма, эгоцентризм, стыд, самолюбие, страх / В. М. Кровяков. – Москва : Квадратон, 2013. – 168 с.

85. Крюкова, Т. Л. Совладание с трудностями и жизненный стиль современника / Т. Л. Крюкова, М. В. Сапоровская, С. А. Хазова // Вестник Костром-

ского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. – 2017. – Т. 23, № 1. – С. 91–96.

86. Крюкова, Т. Л. Эмпирические варианты жизненного стиля современника в контексте совладания с трудностями [Электронный ресурс] / Т. Л. Крюкова, М. В. Сапоровская, С. А. Хазова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – № 6 (29). – URL: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2014_6_29/nomer/nomer04.php (дата обращения: 25.02.2023).

87. Лабунская, В. А. Отношение к внешнему облику, его ценность и значимость как факторы субъективного благополучия молодых людей // Социальная психология и общество. – 2019. – Т. 10, № 3. – С. 51–66. – DOI: 10.17759/sps.2019100304.

88. Лазебник, Л. Б. Метаболический синдром и органы пищеварения / Л. Б. Лазебник, Л. А. Звенигородская. – Москва : Анахарсис, 2009. – 182 с.

89. Лакан, Ж. Семинары. Книга 6. Желание и его интерпретация / Ж. Лакан ; пер. с фр. А. Черноглазова. – Москва : Гнозис, Логос, 2021. – 560 с.

90. Леви, Т. С. Телесно ориентированная психотерапия как средство преодоления картезианского подхода к телу / Т. С. Леви // Ученый совет. – 2019. – № 4. – С. 72–77.

91. Левин, К. Теория поля в социальных науках / К. Левин ; пер. Е. Сурпина. – Санкт-Петербург : Речь, 2019. – 313 с.

92. Левкова, Т. В. Психологические характеристики образа тела у девушек, имеющих склонность к нарушению пищевого поведения / Т. В. Левкова // Живая психология. – 2022. – Т. 9, № 1 (33). – С. 28–35.

93. Лейбин, В. Закономерности бессознательного / В. Лейбин. – Москва : Когито-Центр, 2022. – 268 с.

94. Леонова, Е. Н. Социально-психологические типы пищевого поведения / Е. Н. Леонова // Вестник Удмуртского университета. Серия Философия. Психология. Педагогика. – 2017. – Т. 27, № 2. – С. 174–181.

95. Леонтьев, Д. А. Совладание с неопределенностью как конструирование субъективной определенности: вариации и предикторы / Д. А. Леонтьев, А. Н. Моспан // Психология стресса и совладающего поведения: устойчивость и изменчивость отношений, личности, группы в эпоху неопределенности : материалы VI Международной научной конференции, Кострома, 22–24 сентября 2022 года. – Кострома : Костромской государственной университет, 2022. – С. 253–258.

96. Леонтьев, А. Н. Эволюция психики: Избр. психол. тр. / А. Н. Леонтьев. – Москва : Московский психолого-социальный университет [и др.], 1999. – 410 с.

97. Лихи, Р. Техники когнитивной психотерапии / Р. Лихи. – Санкт-Петербург [и др.] : Питер, 2020. – 654 с.

98. Ломов, Б. Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии / Б. Ф. Ломов; Российская академия наук. Институт психологии. – Москва: Наука, 1999. – 349 с.

99. Макаров, В. В. Психотерапия нового века / В. В. Макаров. – Москва : Академический проект, 2001. – 491 с.

100. Мак-Вильямс, Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс ; пер. с англ. В. Снигура. – 2-е изд. – Москва : Класс, 2015. – 583 с.

101. Малкина-Пых, И. Г. Терапия пищевого поведения: справочник практического психолога: психология пищевого поведения, психодиагностика при нарушениях пищевого поведения, индивидуальная и групповая психотерапия, телесная терапия при нарушениях пищевого поведения и ожирении / И. Г. Малкина-Пых. – Москва : Эксмо, 2007. – 1037 с.

102. Марк, М. Герой и бунтарь : создание бренда с помощью архетипов / М. Марк, К. Пирсон; пер. с англ. И. Малкова [и др.]. – Санкт-Петербург [и др.] : Питер, 2005. – 335 с.

103. Мельтцер, Д. Мозаика «Я»: жизнь без боли: психоаналитический процесс / Д. Мельтцер ; пер. В. Юшин. – [Б. м.]: [б. и.], 2018. – 200 с.

104. Менделевич, В. Д. Психология девиантного поведения / В. Д. Менделевич. – Москва : Городец, 2016. – 385 с.

105. Меннингер, К. Война с самим собой / К. Меннингер; пер. с англ. Ю. Бондарева. – Москва : ЭКСМО-Пресс, 2000. – 477 с.

106. Меринов, А. В. Роль и место феномена аутоагрессии в семьях больных алкогольной зависимостью / А. В. Меринов. – Санкт-Петербург : Экспертные решения, 2017. – 191 с.

107. Мерлин, В. С. Основы психологии личности / В. С. Мерлин. – Пермь : ФГБОУ ВПО «Пермский государственный гуманитарно-педагогический университет», 2020. – 332 с.

108. Мизинова, И. А. Жизненный сценарий личности: основные подходы к рассмотрению / И. А. Мизинова // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика. – 2013. – Т. 13, № 4. – С. 59–64.

109. Мкртумян, А. М. Индекс массы тела и его связь с показателями здоровья у студентов МГМСУ им. А. И. Евдокимова / А. М. Мкртумян, С. А. Мусллов, С. Д. Арутюнов // Эффективная фармакотерапия. – 2020. – Т. 16 (17). – С. 8–17.

110. Морено, Я. Л. Социометрия: Экспериментальный метод и наука об обществе / Я. Л. Морено ; пер. с англ. А. Боковинова. – Москва : Академический проект, 2004. – 315 с.

111. Моросанова, В. И. Саморегуляция и индивидуальность человека: монография / В. И. Моросанова ; Российская академия наук, Институт психологии, Российская академия образования, Психологический институт. – 2-е изд. – Москва : Наука, 2012. – 518 с.

112. Мухина, В. С. Уникальный диапазон понятия «Архетип» / В. С. Мухина // Развитие личности. – 2014. – №4. – С. 163–201.

113. Нечин, М. Ю. Детская психическая травма у взрослых больных алкоголизмом / М. Ю. Нечин // Научный форум. Сибирь. – 2016. – Т. 2, № 3. – С. 59–61.

114. Никитин, В. Н. Психология телесного сознания / В. Н. Никитин. – Москва: Алетейа, 1999. – 478 с.

115. Носкова, Е. В. Исследование жизненного стиля студентов как основа для принятия маркетинговых решений / Е. В. Носкова, Е. А. Тюрина // Вестник Тихоокеанского государственного экономического университета. – 2006. – № 3(39). – С. 54–65.

116. Ожигова, Л. Н. Ценность здоровья и самооценка личности в контексте общения юношей и девушек / Л. Н. Ожигова, Н. Н. Лупенко // Общение в эпоху конвергенции технологий. – Москва : Психологический институт РАО, 2022. – С. 233–237. – DOI: 10.24412/cl-36917-2022-233-237.

117. Ожирение: современный взгляд на проблему / Е. Е. Ачкасов, С. И. Рапопорт, С. Д. Руненко, А. О. Разина // Клиническая медицина. – 2016. – № 5. – С. 333–338.

118. Олпорт, Г. Становление личности : Избранные труды / Г. Олпорт ; пер. с англ. Л. В. Трубицыной и Д. А. Леонтьева ; под общ. ред. Д. А. Леонтьева. – Москва: Смысл, 2002. – 461 с.

119. Омельченко, Е. Л. Стилевые стратегии занятости и их гендерные особенности / Е. Л. Омельченко // Социологические исследования. – 2002. – № 11. – С. 36–47.

120. Павлов, И. П. Физиология. Избранные труды / И. П. Павлов. – 2-е изд. – Москва : Юрайт, 2022. – 402 с.

121. Падун, М. А. Психическая травма и картина мира: теория, эмпирия, практика / М. А. Падун, А. В. Котельникова ; Российская акад. наук, Ин-т психологии. – Москва : Ин-т психологии РАН, 2012. – 204 с.

122. Парыгин, Б. Д. Основы социально-психологической теории / Б. Д. Парыгин. – Москва : Мысль, 1971. – 352 с.

123. Периодическая система архетипов в метапсихологии / Д. Раскита, В. М. Крикун, В. И. Николаев, И. В. Румянцева // Антология российской психотерапии и психологии: Материалы Всероссийского научно-практического конгресса с международным участием, Москва, 04-07 ноября 2021 года / Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги и Национальной саморегулируемой организации «Союз психотерапевтов и психологов». Вып. 9. – Москва : Общероссийская общественная организация «Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига», 2021. – С. 108–117.

124. Перлз, Ф. С. Эго, голод и агрессия / Ф. Перлз ; пер. с англ. Н. Б. Кедровой, А. Н. Кострикова ; под ред. Д. Н. Хломова. – Москва : Смысл, 2014. – 358 с.

125. Пищик, В. И. Ментальность поколений в текущей современности : научная монография / В. И. Пищик. – Москва : ИНФРА-М, 2019. – 150 с. – DOI: 10.12737/monography_5ba0ee24675441.11909669.

126. Пищик, В. И. Приверженность определенным ценностям и поведенческим паттернам при сохранении лишнего веса у женщин с позиции спиральной динамики / В. И. Пищик, А. В. Цапенко // Гуманизация образования. – 2022. – № 3. – С. 141–158.

127. Плигин, А. А. Развитие жизненного стиля в рамках концепции «системное формирование жизненного пути личности» / А. А. Плигин // Фундаментальные и прикладные научные исследования: актуальные вопросы, достижения и инновации: сборник статей XLIV Международной научно-практической конференции, Пенза, 15 апреля 2021 года. – Пенза : Наука и Просвещение, 2021. – С. 306–308.

128. Поляков, С. И. Стили жизни калининградской молодежи / С. И. Поляков // Балтийский регион. – 2022. – Т. 14, № 3. – С. 129–144. – DOI: 10.5922/2079-8555-2022-3-7.

129. Практическая психодиагностика : Методики и тесты : учебное пособие / ред-сост. Д. Я. Райгородский. – Самара : БАХРАХ-М, 2002. – 667 с.

130. Приленская, А. В. Зависимое пищевое поведение: клиника, систематика и пути коррекции (трансперсональный подход) / А. В. Приленская, Б. Ю. Приленский // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 2 (49). – С. 102–104.

131. Психология стратегий смыслообразования : полимодальность каузальных образов и выбор в условиях неопределенности : монография / И. В. Абакумова, П. Н. Ермаков, М. В. Годунов, И. В. Данченко – Москва : Кредо, 2021. – 444 с.

132. Психосемиотика телесности / А. Ш. Тхостов, И. В. Журавлев, Е. С. Никитина, Ю.А. Сорокин, Д. В. Реут. – Москва : Ленанд, 2019. – 152 с.

133. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – 2. доп. и перераб. изд. – СПб. [и др.] : Питер, 2000.– 1019 с.

134. Решетников, М. М. Избранные статьи : в двух томах / М. М. Решетников. – Санкт-Петербург : Скифия, 2020. – Т. 1 : Современная психотерапия. – 413 с.

135. Решетников, М. М. Психология войны. Прогнозирование состояния, поведения и деятельности людей / М. М. Решетников. – Москва : Юрайт, 2018. – 334 с.

136. Романова, Е. С. Механизмы психологической защиты. Генезис. Функционирование. Диагностика / Е. С. Романова, Л. Р. Гребенников. – Мытищи : Талант, 1996. –139 с.

137. Ромацкий, В. В. Феноменология и классификация нарушений пищевого поведения (аналитический обзор литературы, ч. I) / В. В. Ромацкий, И. Р. Семин // Бюллетень сибирской медицины. – 2006. – № 3. – С. 61–69.

138. Рощина, Я. М. Стиль жизни в отношении здоровья: имеет ли значение социальное неравенство? / Я. М. Рощина // Экономическая социология. – 2016. – Т. 17, № 3. – С. 13–36.

139. Рубинштейн, С. Л. Бытие и сознание. Человек и мир / С. Л. Рубинштейн. – Санкт-Петербург [и др.] : Питер, 2017. –287 с.

140. Рябикина, З. И. Отношение к своей внешности как фактор структурирования бытия и со-бытия личности / З. И. Рябикина // Внешний облик в различных контекстах взаимодействия : Материалы Всероссийской научной конференции, Ростов-на-Дону, 28–30 октября 2019 года / под общ. ред. П.Н. Ермакова [и др.]. – Ростов-на-Дону : Кредо, 2019. – С. 51–52.

141. Савенков Ю. И. Избыточный вес – угроза здоровью: дис. ... д-ра псих. наук / Ю. И. Савенков. – Барнаул, 2006 – 72 с.

142. Сапоровская, М. В. Жизненный стиль современника в контексте совладания с трудностями / М. В. Сапоровская, Т. Л. Крюкова // Вестник Омского университета. Серия: Психология. – 2017. – № 4. – С. 12–18.

143. Сидорова, Л. С. Исследование жизненных стилей женщин как один из путей описания женской коллективной биографии / Л. С. Сидорова // Психология XXI столетия. Новые возможности: сборник по материалам ежегодного Конгресса «Психология XXI столетия», Ярославль, 13–15 мая 2016 года / Под ред. Козлова В.В. – Ярославль : Ярославский государственный педагогический университет им. К.Д. Ушинского, 2016. – С. 238–241.

144. Скугаревская, Е. И. Нервная анорексия у мальчиков-подростков: особенности, клинические наблюдения / Е. И. Скугаревская, Т. П. Петрович, О. А. Скугаревский // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2013. – № 4 (14). – С. 80–94.

145. Скугаревский, О. А. Ограничительные тенденции в питании при расстройствах шизофренического спектра / О. А. Скугаревский, С. Н. Шубина // Сборник материалов итоговой научно-практической конференции. Гродно, 2021: Актуальные проблемы медицины. – 2021. – С. 996–968.

146. Словарь практического психолога / сост. С. Ю. Головин. – Минск [и др.] : Харвест, 2003.

147. Сонди, Л. Судьбоанализ / Л. Сонди ; пер. с нем. А. В. Тихомиров. – Москва : Три квадрата, 2007. – 479 с.

148. Сонди, Л. Учебник экспериментальной диагностики влечений: глубинно-психологическая диагностика и ее применение в психопатологии, психосоматике, судебной психиатрии, криминологии, психофармакологии, профессиональном, семейном консультировании... / Л. Сонди : пер. с нем. В.И. Николаева. – Москва : Когито-Центр, 2005. – 555 с.

149. Суицидологическая характеристика девушек, воспитанных в неполных семьях / А. В. Меринов, Т. А. Бычкова, А. В. Лукашук [и др.] // Суицидология. – 2015. – Т. 6, № 2. – С. 54–58.

150. Сэмюэлс, Э. Словарь аналитической психологии К. Г. Юнга / Э. Сэмюэлс, Б. Шортер, Ф. Плот ; пер. с англ. В. Зеленского. – 3-е изд. – Москва : Добросвет, 2016. – 270 с.

151. Тест ЕАТ-26 : тест на вероятность наличия расстройств пищевого поведения [Электронный ресурс] // Online Test Pad: [сайт]. – URL: <https://onlinetestpad.com/ru/test/809106-test-eat-26-test-na-veroyatnost-nalichiya-rasstrojstv-pishhevogo-povedeniya> (дата обращения 27.06.2020).

152. Толстых, В. И. Образ жизни: Понятие, реальность, проблемы / В. И. Толстых. – Москва : Политиздат, 1975. – 184 с.

153. Удачина, П. Ю. Взаимосвязь самоотношения и пищевого поведения женщин 30-35 лет в послеродовом периоде / П. Ю. Удачина // Психология безопасности и психологическая безопасность: проблемы взаимодействия теоретиков и практиков : Материалы X Всероссийской научной конференции, Сочи, 09–10 октября 2020 года. – Москва : Мир науки, 2020. – С. 240–244. – DOI 10.15862/53MNNPK20-31.

154. Ушаков, Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства / Г. К. Ушаков. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : Медицина, 1987. – 303 с.

155. Фаррелли, Ф. Провокативная терапия / Ф. Фаррелли, Дж. Брандсма. – Москва : Е-принт, 2012. – 192 с.

156. Фаустова, А. Г. Предикторы ситуативной неудовлетворенности телом у девушек с разным индексом массы тела / А. Г. Фаустова, Н. В. Яковлева

// Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2018. – Т. 6, № 4. – С. 493–501. – DOI 10.23888/НМЖ201864493-501.

157. Федорова, И. И. Телесноориентированная психотерапия при пищевой аддикции / И. И. Федорова, Б. Ю. Прилепский // Вопросы наркологии. – 2018. – № 6 (166). – С. 86–87.

158. Федунина, Н. Ю. Расстройства пищевого поведения в спорте / Н. Ю. Федунина, Е. Ю. Коробейникова // Новые психологические исследования. – 2022. – Т. 2. – № 3. – С. 91–109.

159. Фенихель, О. Психоаналитическая теория неврозов / О. Фенихель ; пер. с англ. А. В. Хавина. – Москва : Академический проспект, 2023. – 789 с.

160. Филиппов, Ю. В. Сказка как ирреальная структура и игра как реальное действие в реальном воспитательном процессе / Ю. В. Филиппов, И. Н. Кольцова // Мир психологии. – 2013. – № 3. – С. 160–173.

161. Фрейд, З. Введение в психоанализ : лекции / З. Фрейд ; пер. с нем. Г. В. Барышниковой. – Санкт-Петербург : Азбука, 2020. – 446 с.

162. Фрейд, З. Истерия : история женского безумия / З. Фрейд, Й. Брейер, Э. Кречмер. – Москва : Алгоритм, 2021. – 446 с.

163. Фрейд, А. Психология Я и защитные механизмы : детский психоанализ : пер. на русс. / А. Фрейд. – Санкт-Петербург [и др.] : Питер, 2020. – 160 с.

164. Фромм, Э. Бегство от свободы. Человек для самого себя / Э. Фромм ; сост., науч. ред. и авт. предисл. П. С. Гуревич. – Москва : АСТ, 2022. – 398 с.

165. Фрэнкин, Р. Е. Мотивация поведения : Биологические, когнитивные и социальные аспекты / Р. Фрэнкин ; пер. с англ. В. Белоусов, А. Ракитина. – 5. изд. – Москва [и др.] : Питер, 2003. – 650 с.

166. Хиллман, Дж. Встреча с Богами : сборник статей / Дж. Хиллман ; пер. А. Григорьева [и др.]. – Москва : Касталия, 2018. – 322 с.

167. Хорни, К. Невротическая личность нашего времени : новые пути в психоанализе / К. Хорни ; пер. с англ. А. Боковиков. – Санкт-Петербург [и др.] : Питер, 2021. – 301 с.

168. Цапенко, А. В. Анорексия как способ подавления либидо подростков / А. В. Цапенко // Вестник Удмуртского университета. Серия Философия. Психология. Педагогика. – 2021. – Т. 31, № 2. – С. 186–198. – DOI 10.35634/2412-9550-2021-31-2-186-198.

169. Шорохова, Е. В. Теоретические проблемы исследования больших социальных групп / Е. В. Шорохова // Социальная психология: учебное пособие для вузов / А. Л. Журавлев [и др.] ; под ред. А. Л. Журавлева. – Москва : PerSe, 2002. – С. 212–222.

170. Штекель, В. Исходы психоаналитического лечения / В. Штекель // Зарубежный психоанализ. Хрестоматия / сост. и общ. ред. В. М. Лейбина. – Санкт-Петербург : Питер, 2001. – С. 82–107.

171. Шутценбергер, А. А. Синдром предков : трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практическое использование геносоциограммы / А. А. Шутценбергер. – Москва: Институт психотерапии, 2019. – 252 с.

172. Эйдемиллер, Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – 4-е изд., расшир., доп. – Санкт-Петербург [и др.] : Питер, 2008. – 668 с.

173. Эстес, К. П. Бегущая с волками: женский архетип в мифах и сказаниях / К. П. Эстес ; пер. Т. Науменко. – Москва : София, 2014. – 448 с.

174. Юнг, К. Г. Архетипы и коллективное бессознательное / К. Г. Юнг ; пер. А. Чечиной. – Москва : АСТ, 2019. – 495 с.

175. Юнг, К. Г. Динамика бессознательного : сборник / К. Г. Юнг. – Москва : АСТ, 2022. – 687 с.

176. Ютгнер, Ф. Судьбоанализ в выводах : Обзор пяти основных кн. Леопольда Зонди / Ф. Ютгнер ; пер. с нем. А. В. Тихомиров. – Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2002. – 261 с.

177. Ясперс, К. Общая психопатология / К. Ясперс ; пер. с нем. Л. Акопян. – Москва : КоЛибри [и др.], 2020. – 1055 с.

178. Association of normal weight obesity with lifestyle and dietary habits in young Thai women: A cross-sectional study / M. Kobayashi, P. Pattarathitwat, A. Pongprajakand, S. Kongkaew // *Obesity Pillars*. – 2023. – Vol. 5. – P. 100055. – DOI: 10.1016/j.obpill.2023.100055.

179. Boetticher, D. On the clinical significance of concepts in psychosomatic medicine. A plea for conceptual research / D. von Boetticher // *Journal of psychosomatic research*. – 2019. – Vol. 121. – P. 137. – DOI: 10.1016/j.jpsychores.2019.03.112.

180. Brand, B. L. Coping with incest : The relationships between recollections of childhood coping and adult functioning in female survivors of incest / B. L. Brand, P. C. Alexander // *Journal of traumatic stress*. – 2003. – Vol. 16, № 3. – Pp. 285–293. – DOI 10.1023 / A: 1023704309605.

181. Bruch, H. Eating disorders: Obesity, anorexia and the person within [Электронный ресурс] / H. Bruch. – New York : Basic Books, 1973. – 396 p. – URL: <https://archive.org/details/eatingdisorderso00bruc/page/n3/mode/2up>, по подписке (дата обращения: 25.02.2023).

182. Cavenagh, Y. A lifestyle intervention program to improve knowledge and health behaviors in women / Y. Cavenagh, D. Simerson // *Nursing for women's health*. – 2022. – Vol. 26 (1). – Pp. 51–62. – DOI: 10.1016/j.nwh.2021.11.002.

183. Characteristics of clinical symptoms in psychotic disorders of combatants / S. Tabachnikov, V. Mishyiev, O. Drevitskaya [et al.] // *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*. – 2021. – Vol. 12, No. 2. – Pp. 220–230. – DOI 10.34883/PI.2021.12.2.003.

184. Clusters of healthy and unhealthy eating behaviors are associated with body mass index among adults / W. J. Heerman, N. Jackson, M. Hargreaves, S. Mulvaney // *Journal of Nutrition Education and Behavior*. – 2017. – Vol. 49 (5). – Pp. 415–421. – DOI: 10.1016/j.jneb.2017.02.001.

185. Kerviler, G. Ethical judgments of sexualized ads featuring women: The role of identification with feminine archetypes / G. Kerviler, C. Ardelet, B. Slavich // *Journal of business research*. – 2022. – Vol. 142. – Pp. 899–913. – DOI: 10.1016/j.jbusres.2021.12.004.

186. Depestele, L. Families around the table : Experiences with a multi-family approach in the treatment of eating-disordered adolescents / L. Depestele, W. Vandereycken // 2013. – № 1. – P. 149–156.

187. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. – 5th ed. [Электронный ресурс]. – Arlington : American Psychiatric Association, 2013. – 947 p. – URL: https://med-mu.com/wp-content/uploads/2018/08/American-Psychiatric-Association-Diagnostic-and-statistical-manual-of-mental-disorders_-DSM-5-American-Psychiatric-Association-2013.pdf. (дата обращения: 25.02.2023)

188. Downey, C. The impact of childhood trauma on children's wellbeing and adult behavior / C. Downey, A. Crummy // *European journal of trauma & dissociation*. – 2022. – Vol. 6, Iss. 1. – 100237. – DOI: 10.1016/j.ejtd.2021.100237.

189. Eating behavior and perception of body shape in Japanese university students / K. Ohara, Y. Kato, T. Mase [et al.] // *Eat weight disord.* – 2014. – 19. – P. 461–468. – DOI 10.1007/s40519-014-0130-7.

190. Eating attitudes test (EAT-26) factor structure and construct validity in adolescents with chronic pain / K. Homan, L. Sim, S. Crowley, C. Harbeck-Weber // *The journal of pain*. – 2018. – Vol. 19 (3). – P. S56. – DOI 10.1016/j.jpain.2017.12.138.

191. Eating behavior in dreams [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.chegg.com/learn/psychology/introduction-to-psychology/eating-behaviors-in-dreams> (дата обращения: 25.02.2023).

192. Garner, D. M. The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa / D. M. Garner, P. E. Garfinkel // *Psychological medicine*. – 1979. – № 9. – P. 273–279. – DOI 10.1017/S0033291700030762.

193. Golden, N. H. Anorexia nervosa / N. H. Golden // *Encyclopedia of child and adolescent health (first edition)* / ed. B. Halpern-Felsher. – Academic Press, 2023. – P. 804–810. – DOI 10.1016/B978-0-12-818872-9.00004-2.

194. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 05/2021) [Электронный ресурс]. – URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1412387537> (дата обращения: 25.02.2023).

195. Kaplan, H. L. The psychosomatic concept of obesity / H. L. Kaplan, H.S. Kaplan // *J. Nerv Ment. Dis.* – 1957. – Vol. 125, № 2. – P. 181–201. – DOI 10.1097/00005053-195704000-00004.

196. *Man and his symbols* / C. G. Jung, J. L. Henderson, A. Jaffé [et al.]. – New York : Dell, 2012. – 415 p.

197. Mehmet, F. C. Childhood traumas among nursing students and associated factors / F. C. Mehmet, M. Y. Gürsoy // *Archives of psychiatric nursing*. – 2023. – Vol. 43. – P. 98–105. – DOI 10.1016/j.apnu.2023.01.004.

198. *Mobilis in mobili. Личность в эпоху перемен: междисциплинарный проект Александра Асмолова* / общ. ред. А. Асмолова. – Москва : ЯСК, 2018. – 537 с.

199. Neuner, F. Physical and social trauma: Towards an integrative transdiagnostic perspective on psychological trauma that involves threats to status and belonging / F. Neuner // *Clinical psychology review*. – 2023. – Vol. 99. – P. 102219. – DOI: 10.1016/j.cpr.2022.102219.

200. Nguyen K. T. The etiology of non-clinical narcissism: Clarifying the role of adverse childhood experiences and parental overvaluation / K. T. Nguyen, L. Shaw // *Personality and Individual differences*. – 2020. – Vol. 154. – P. 109615.

201. Plutchik, R. A structural theory of ego defenses and emotions / R. Plutchik, H. Kellerman, H. R. Conte // *Emotions in personality and psychopathology* / C. Izard. – New York : Plenum press, 1997. – P. 229–257.

202. Prevalence and correlates of disordered eating behaviors among young adults with overweight or obesity / J. M. Nagata, A. K. Garber, J. L. Tabler [et al.] // *Journal of general internal medicine*. – 2018. – 33(8). – P. 1337–1343. – DOI10.1007/s11606-018-4465-z.

203. Quiñones, I. C. Body dissatisfaction among ethnic subgroups of Latin women: An examination of acculturative stress and ethnic identity / I. C. Quiñones, S. Herbozo, A. Haedt-Matt // *Body image*. – 2022. – Vol. 41. – Pp. 272–283. – DOI 10.1016/j.bodyim.2022.03.006.

204. Roberto da Silva, W. Impact of inherent aspects of body image, eating behavior and perceived health competence on quality of life of university students / W. Roberto da Silva, J. A. D. B. Campos, J. Marôco // *PLOS ONE*. – 2018. – № 22. – DOI: 10.1371/journal.pone.0199480.

205. Rosenberg, T. Child abuse and eating disorder symptoms: Shedding light on the contribution of identification with the aggressor / T. Rosenberg, Y. Lahav, K. Ginzburg // *Child abuse & neglect*. – 2023. – Vol. 135. – P. 105988. – DOI: 10.1016/j.chiabu.2022.105988.

206. The Dutch Eating Behavior Questionnaire: further psychometric validation and clinical implications of the French version in normal weight and obese persons / P. Brunault, I. Rabemampianina, G. Apfeldorfer // *Presse medicale*. – 2015. – 44. – P. 363–372. – DOI 10.1016/j.lpm.2015.03.028.

207. The effects of fitspiration images on body attributes, mood and eating behaviors: An experimental ecological momentary assessment study in females / I. Krug, P. Selvaraja, M. Fuller-Tyszkiewicz [et al.] // *Body image*. – 2020. – Vol. 35. – P. 279–287. – DOI 10.1016/j.bodyim.2020.09.011.

208. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses / S. G. Hofmann [et al.] // *Cognitive therapy and research*. – 2021. – № 36. – P. 427–440. – DOI 10.1007/s10608-012-9476-1.

209. The treatment of metabolic syndrome in patients with morbid obesity / O. V. Galimov, V. O. Khanov, T. R. Ibragimov [et al.] // *Medical news of north caucasus*. – 2022. – Vol. 17, No. 2. – P. 121–126. – DOI 10.14300/mnnc.2022.17030.

210. Transgenerational transmission of trauma in families of Holocaust survivors: The consequences of extreme family functioning on resilience, Sense of Coherence, anxiety and depression / P. Fossion, C. Leys, C. Vandeleur, C. Kempenaers, S. Braun, P. Verbanck, P. Linkowski // *Journal of affective disorders*. – 2015. – Vol. 171. – P. 48–53. – DOI: 10.1016/j.jad.2014.08.054.

211. Tsapenko, A. Traumatic influence of the attitude towards one's own gender as a factor in the development of eating disorders / A. Tsapenko // *E3S Web of Conferences : 14th International scientific and practical conference on state and prospects for the development of agribusiness, INTERAGROMASH 2021, Rostov-on-Don, 24–26 февраля 2021 года*. Vol. 273. – Rostov-on-Don : EDP Sciences, 2021. – DOI 10.1051/e3sconf/202127310046.

212. Unit cohesion, traumatic exposure and mental health of military personnel / J. Kanesarajah, M. Waller, W. Y. Zheng, A. J. Dobson // *Occupational Medicine*. – 2016. – Vol. 66, Is. 4. – P. 308–315. – DOI: 10.1093/occmed/kqw009.

213. Wallis, A. Families around the table : Experiences with a multi-family approach in the treatment of eating-disordered adolescents / A. Wallis, K. Godfrey, A. Robertson // *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders*. – 2017. – Pp. 389–394. – DOI: 10.1007/978-981-287-104-6_210

ПРИЛОЖЕНИЯ

ОГЛАВЛЕНИЕ ПРИЛОЖЕНИЙ

	стр.
ПРИЛОЖЕНИЕ А. РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТА ЗОНДИ НА ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЭТАПЕ.....	195
Таблица А. 1. Проявление тенденций побуждений в S-векторе «Сексуальное побуждение».....	195
Таблица А. 2. Проявление тенденций побуждений в Р-векторе «Этическое побуждение, пароксизмальное побуждение к эмоциональной разрядке».....	197
Таблица А. 3. Проявление тенденций побуждений в Sch-векторе «Я-побуждение».....	199
Таблица А. 4. Проявление тенденций побуждений в С-векторе «Побуждение к контакту».....	200
ПРИЛОЖЕНИЕ Б. СООТВЕТСТВИЕ ЦЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ ТЕНДЕНЦИЯМ ПОБУЖДЕНИЙ.....	200
Таблица Б. 1. Соответствие ценностей личности тенденциям побуждений Л. Зонди.....	200
ПРИЛОЖЕНИЕ В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ ЖЕНЩИНАМИ С НАРУШЕННЫМ И НОРМАЛЬНЫМ ПИЩЕВЫМ ПОВЕДЕНИЕМ.....	204
Таблица В. 1. Использование психологических защит женщинами с нормальным и нарушенным пищевым поведением.....	204
Таблица В. 2. Различия в использовании психологических защит женщинами с нарушенным и нормальным пищевым поведением.....	204
ПРИЛОЖЕНИЕ Г. РАЗЛИЧИЯ В ПРОЯВЛЕНИИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖЕНЩИН С НОРМАЛЬНЫМ И НАРУШЕННЫМ ПИЩЕВЫМ ПОВЕДЕНИЕМ.....	205
Таблица Г. 1. Различия в проявлении социально-психологических особенностей женщин с нормальным и нарушенным пищевым поведением.....	205
ПРИЛОЖЕНИЕ Д. РАЗЛИЧИЯ В ПРОЯВЛЕНИИ АГРЕССИИ У ЖЕНЩИН С НОРМАЛЬНЫМ И НАРУШЕННЫМ ПИЩЕВЫМ ПОВЕДЕНИЕМ.....	207
Таблица Д. 1. Различия в проявлении агрессии у женщин с нормальным и нарушенным пищевым поведением.....	207
ПРИЛОЖЕНИЕ Е. РАЗЛИЧИЯ В ПРОЯВЛЕНИИ ТРЕВОЖНОСТИ У ЖЕНЩИН С НОРМАЛЬНЫМ И НАРУШЕННЫМ ПИЩЕВЫМ ПОВЕДЕНИЕМ.....	208
Таблица Е. 1. Различия в проявлении тревожности у женщин с нормальным и нарушенным пищевым поведением.....	208
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж. ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАЛИЧИЯ И ВИДА ДЕТСКИХ ПСИХОТРАВМ НА ОСНОВЕ АВТОРСКОГО СТРУКТУРИРОВАННОГО ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОГО ИНТЕРВЬЮ.....	209

Таблица Ж. 1. Определение наличия и вида детских психотравм у женщин с расстройствами пищевого поведения на основе авторского структурированного психоаналитического интервью.....	209
ПРИЛОЖЕНИЕ З. ПРОЯВЛЕНИЕ ДЕТСКОЙ ПСИХОТРАВМЫ У ЖЕНЩИН С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	213
Таблица З. 1. Проявление детской психотравмы у женщин с расстройствами пищевого поведения.....	213
ПРИЛОЖЕНИЕ И. РЕЗУЛЬТАТЫ ФАКТОРНОГО АНАЛИЗА.....	214
Таблица И. 1. Группы психологических предикторов жизненного стиля женщин с нормальным и нарушенным пищевым поведением.....	214
ПРИЛОЖЕНИЕ К. РЕЗУЛЬТАТЫ КЛАСТЕРНОГО СООТНОШЕНИЯ ГРУПП ИССЛЕДОВАНИЯ.....	216
Таблица К. 1. Кластерное соотношение исследуемых групп женщин.....	216
ПРИЛОЖЕНИЕ Л. РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТА ЗОНДИ НА ДИАГНОСТИЧЕСКОМ И КОНТРОЛЬНОМ ЭТАПАХ.....	217
Таблица Л. 1. Проявление тенденций побуждений в S-векторе «Сексуальное побуждение».....	217
Таблица Л. 2. Проявление тенденций побуждений в P-векторе «Этическое побуждение, пароксизмальное побуждение к эмоциональной разрядке».....	219
Таблица Л. 3. Проявление тенденций побуждений в Sch-векторе «Я-побуждение».....	221
ПРИЛОЖЕНИЕ М. ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИВНОСТИ ЖЕНЩИН С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ НА ДИАГНОСТИЧЕСКОМ И КОНТРОЛЬНОМ ЭТАПАХ.....	223
Таблица М. 1. Особенности агрессивности женщин с расстройствами пищевого поведения (средние значения, балл)	223
ПРИЛОЖЕНИЕ Н. ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНОСТИ ЖЕНЩИН С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ НА ДИАГНОСТИЧЕСКОМ И КОНТРОЛЬНОМ ЭТАПАХ.....	224
Таблица М. 1. Особенности тревожности женщин с расстройствами пищевого поведения (средние значения, балл).....	224
ПРИЛОЖЕНИЕ О. ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ ПО КОРРЕКЦИИ ЖИЗНЕННОГО СТИЛЯ ЖЕНЩИНЫ С ГИПЕРФАГИЕЙ.....	225

РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТА ЗОНДИ НА ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Таблица А. 1

Проявление тенденций побуждений в S-векторе «Сексуальное побуждение»

Тенденция побуждения (*)	Характеристика тенденции побуждения	Женщины с РПП			Женщины без РПП (N=375)	Уровень p, (df=45)
		Гиперфагия (N=257)	Анорексия (N=78)	Булимия (N=49)		
-h+s	садизм с подавлением эроса	11 (4,28%)	43 (55,13%)	22 (44,90%)	47 (12,53%)	<0,0001
+h-s	любовь к конкретному человеку с готовностью ему от- даться	68 (26,46%)	2 (2,56%)	3 (6,12%)	19 (5,07%)	
-h0s	тенденция к любви ко всему человечеству, гуманизм	38 (14,79%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	53 (14,13%)	
0h-s	доминирование покорности, пассивности, жертвования собой, смирению и мазохизму	57 (22,18%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	28 (7,47%)	
+h+s	нормальная сексуальность: любовь к конкретному чело- веку и активное овладение объектом	15 (5,84%)	3 (3,85%)	0 (0,00%)	52 (13,87%)	
0h+s	доминирование агрессии, садизма, активности	2 (0,78%)	8 (10,26%)	9 (18,37%)	47 (12,53%)	
+h0s	стремление любить конкретный объект, т.е доминирова- ние любви к конкретному человеку	12 (4,67%)	8 (10,26%)	4 (8,16%)	38 (10,13%)	
0h0s	1) полное сексуальное удовлетворение 2) добровольное сексуальное воздержание (аскеза) 3) периодическая фригидность	10 (3,89%)	4 (5,13%)	0 (0,00%)	29 (7,73%)	
±h0s	сомнения по поводу объекта любви: конкретного чело- века или человечество, агрессии нет	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	23 (6,13%)	
-h±s	1) садомазохизм с подавлением эроса или с любовью ко всему человечеству 2) агрессия со стремлением к дея- тельности в культурной области или стремление улуч- шать цивилизацию, нет любви к конкретному человеку	4 (1,56%)	5 (6,41%)	5 (10,20%)	7 (1,87%)	

Тенденция побуждения (*)	Характеристика тенденции побуждения	Женщины с РПП			Женщины без РПП (N=375)	Уровень p, (df=45)
		Гиперфагия (N=257)	Анорексия (N=78)	Булимия (N=49)		
$\pm h0s$	сомнения по поводу объекта любви: конкретного человека или человечество, агрессии нет	20 (7,78%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
$\pm h-s$	1) стремление к культурной деятельности или улучшению цивилизации с любовью к конкретному человеку 2) женское стремление отдаваться	5 (1,95%)	1 (1,28%)	4 (8,16%)	6 (1,60%)	
$-h-s$	нормальная, сублимированная сексуальность: любовь ко всему человечеству с преданностью и жертвенностью	3 (1,17%)	2 (2,56%)	2 (4,08%)	8 (2,13%)	
$+h\pm s$	1) нормальная, чувственная сексуальность с пассивностью 2) садомазохизм	9 (3,50%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	4 (1,07%)	
$0h\pm s$	полное доминирование садомазохизма	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	10 (2,67%)	
$\pm h+s$	1) нормальная, чувственная сексуальность со стремлением к культурной деятельности 2) культурный садизм с любовью 3) бисексуальная эротика с агрессией	3 (1,17%)	2 (2,56%)	0 (0,00%)	4 (1,07%)	

Условные обозначения: N – объем выборки; p – уровень достоверности различий; df – степени свободы; (*) – без указания гипертонусного состояния (!, !!, !!!)

Проявление тенденций побуждений в *P*-векторе «Этическое побуждение, пароксизмальное побуждение к эмоциональной разрядке»

Тенденция побуждения (*)	Характеристика тенденции побуждения	Женщины с РПП			Женщины без РПП (N=375)	Уровень <i>p</i> , (df=45)
		Гиперфагия (N=257)	Анорексия (N=78)	Булимия (N=49)		
- <i>e+hy</i>	«чистый Каин»: накопление ярости, ненависти, гнева, мстительности, зависти, ревности, стремление творить зло. Бессовестность, несправедливость, нетерпимость, злобность, атеизм	3 (1,17%)	45 (57,69%)	19 (38,78%)	51 (13,60%)	<0,0001
- <i>e-hy</i>	внутренняя паника, угнетенность, вызванные чрезмерным экзистенциальным или эротическим раздражителем	78 (30,35%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	16 (4,27%)	
+ <i>e-hy</i>	Авель: доминирование совестливости, толерантности, добродушия, готовности помочь, религиозность, стыдливость, подавление своего тщеславия	43 (16,73%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	49 (13,07%)	
± <i>e-hy</i>	природа Авеля, подавляющая Каина; скрывающийся этический скептик; паника со стремлением искупить вину; предфаза страха сензитивных отношений; одновременное действие истериоформного стремления к значимости	48 (18,68%)	0 (0,00%)	6 (12,24%)	29 (7,73%)	
0 <i>e-hy</i>	подавление эротических или других аффектов; страх сензитивных отношений	52 (20,23%)	4 (5,13%)	0 (0,00%)	26 (6,93%)	
0 <i>e+hy</i>	доминирование тщеславия, выставление себя напоказ, без этических тормозов	4 (1,56%)	6 (7,69%)	10 (20,41%)	34 (9,07%)	
- <i>e0hy</i>	накопление ярости, ненависти, гнева, мстительности, зависти, ревности, притязания Каина без моральных тормозов	0 (0,00%)	8 (10,26%)	3 (6,12%)	40 (10,67%)	
+ <i>e0hy</i>	доминирование совести. Стремление искупить вину выражается в истериоформных страхах, фобиях (боязнь животных, высоты, глубины и т.п.)	10 (3,89%)	1 (1,28%)	0 (0,00%)	34 (9,07%)	
- <i>e±hy</i>	скрывающаяся натура Каина; моральный скептик, подавляющий Каина; паника истериоформно выставляется напоказ; предфаза прорыва грубых аффектов; одновременное действие фобического заднепланового человека	4 (1,56%)	3 (3,85%)	7 (14,29%)	22 (5,87%)	

Тенденция побуждения (*)	Характеристика тенденции побуждения	Женщины с РПП			Женщины без РПП (N=375)	Уровень p, (df=45)
		Гиперфагия (N=257)	Анорексия (N=78)	Булимия (N=49)		
+e+hy	истероформный наплыв аффектов; двигательная буря; перегрузка страхом совести, выставляемым напоказ	8 (3,11%)	0 (0,00%)	2 (4,08%)	21 (5,60%)	
+e±hy	природа Авеля, выставляемая напоказ; спасение от моральной дилеммы через искупление вины; наплыв аффектов с тенденцией к сокрытию; предфаза фобии; симультанное накопление заднепланового Каина	4 (1,56%)	2 (2,56%)	0 (0,00%)	21 (5,60%)	
±e+hy	природа Каина со стремлением к искуплению вины; этический скептик с демонстрацией своих внутренних противоречий; наплыв аффектов с подавлением Каина; предфаза стремления к тщеславию и демонстрации себя; симультанное действие страха сензитивных отношений	3 (1,17%)	2 (2,56%)	0 (0,00%)	17 (4,53%)	
0e±hy	Доминирование амбивалентной моральной цензуры, противоречия и сомнения без этических тормозов	0 (0,00%)	7 (8,97%)	2 (4,08%)	4 (1,07%)	
0e0hy	полная разрядка грубых и тонких аффектов; отлив аффектов после их прилива или после непереносимой морально-этической дилеммы; лабильность проявления аффектов	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	6 (1,60%)	
±e±hy	целостное пароксизмальное влечение; интеграция наплыва аффектов и их иммобилизации до целостности; интеграция этической и моральной амбитендентности и амбивалентности; интеграция притязаний Каина и Авеля	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	3 (0,80%)	
±e0hy	доминирование амбивалентной этической цензуры, противоречия и сомнения; этические соображения без морального контроля	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (0,53%)	

Условные обозначения: N – объем выборки; p – уровень достоверности различий; df – степени свободы; (*) – без указания гипертонусного состояния (!, !!, !!!)

Проявление тенденций побуждений в *Sch*-векторе «Я-побуждение»

Тенденция побуждения (*)	Характеристика тенденции побуждения	Женщины с РПП			Женщины без РПП (N=375)	Уровень p, (df=45)
		Гиперфагия (N=257)	Анорексия (N=78)	Булимия (N=49)		
-k+p	отрицаемая инфляция; подавление; запрещение	108 (42,02%)	3 (3,85%)	2 (4,08%)	93 (24,80%)	<0,0001
-k0p	вытеснение; невротическое Я	102 (39,69%)	7 (8,97%)	0 (0,00%)	54 (14,40%)	
±k-p	сдерживаемая проекция путем навязчивости; фуги, бегство; сбегающее Я; пароксизмальное Я	0 (0,00%)	17 (21,79%)	8 (16,33%)	64 (17,07%)	
+k0p	тотальная интроекция; эгоцентризм, эгоизм, нарциссизм, жажда обладания	0 (0,00%)	25 (32,05%)	11 (22,45%)	36 (9,60%)	
+k+p	интроинфляция; всемогущество и обладание всем; тотальный нарциссизм; тотальная власть сферы Я	0 (0,00%)	9 (11,54%)	18 (36,73%)	33 (8,80%)	
-k±p	подавленная проекция; отчуждение; отрицание своей заброшенности и женственности; деперсонализация	10 (3,89%)	2 (2,56%)	10 (20,41%)	24 (6,40%)	
-k-p	отрицаемая проекция; приспособление; вымуштрованное Я	9 (3,50%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	17 (4,53%)	
+k-p	интроекция; аутизм; упрямое Я	3 (1,17%)	5 (6,41%)	0 (0,00%)	16 (4,27%)	
0k±p	инфлятивная проекция; брошенное Я; "кастрированное" Я; женское Я-минор	10 (3,89%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	14 (3,73%)	
0k+p	тотальная инфляция; удвоение Я; амбитенденциозность; одержимость; неудержимое стремление к всемогуществу	7 (2,72%)	7 (8,97%)	0 (0,00%)	5 (1,33%)	
±k+p	сдерживаемая инфляция путем навязчивости; навязчивая дефляция; Я каторжника	3 (1,17%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	6 (1,60%)	
±k0p	интроотказ; навязчивость; мужское Я-мажор; навязчивое Я	0 (0,00%)	2 (2,56%)	0 (0,00%)	7 (1,87%)	
0k-p	тотальная проекция; партиципация; параноидное Я	3 (1,17%)	1 (1,28%)	0 (0,00%)	2 (0,53%)	

Тенденция побуждения (*)	Характеристика тенденции побуждения	Женщины с РПП			Женщины без РПП (N=375)	Уровень p, (df=45)
		Гиперфагия (N=257)	Анорексия (N=78)	Булимия (N=49)		
0k0p	дезинтеграция; Я перемен и изменений; бессилие Я; сумеречные состояния; абсанс; потеря Я	2 (0,78%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (0,27%)	
±k±p	интеграция; интегрирующее Я; предчувствующее катастрофу Я; Я верховного жреца	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (0,53%)	
+k±p	инфлятивно-проективная интроекция; одобрение и принятие брошенности и женственности; предфаза тотальной интроекции	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (0,27%)	

Условные обозначения: N – объем выборки; p – уровень достоверности различий; df – степени свободы; (*) – без указания гипертонусного состояния (!, !!, !!!)

Таблица А. 4

Проявление тенденций побуждений в С-векторе «Побуждение к контакту»

Тенденция побуждения (*)	Характеристика тенденции побуждения	Женщины с РПП			Женщины без РПП (N=375)	Уровень p, (df=45)
		Гиперфагия (N=257)	Анорексия (N=78)	Булимия (N=49)		
0d+m	зрелые отношения в контактах; привязанность без поисков	152 (59,14%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	185 (49,33%)	
-d+m	доверие; прилипание и привязанность к прежнему объекту; инцестуозная связь	56 (21,79%)	3 (3,85%)	3 (6,12%)	26 (6,93%)	
+d0m	отправление на поиски; стремление к изменению	2 (0,78%)	14 (17,95%)	14 (28,57%)	29 (7,73%)	
0d-m	гипоманиакальные связи; разрушение всех связей с миром; одиночество, запущенность, наркомания, неустойчивость и распущенность	0 (0,00%)	23 (29,49%)	5 (10,20%)	31 (8,27%)	
+d-m	недоверие; разрыв отношений с прежним объектом и поиск нового; депрессивные и аутистичные формы контактов	2 (0,78%)	25 (32,05%)	19 (38,78%)	8 (2,13%)	

Тенденция побуждения (*)	Характеристика тенденции побуждения	Женщины с РПП			Женщины без РПП (N=375)	Уровень p, (df=45)
		Гиперфагия (N=257)	Анорексия (N=78)	Булимия (N=49)		
+d+m	билатеральные и мультилатеральные связи; распределенное внимание	11 (4,28%)	1 (1,28%)	0 (0,00%)	29 (7,73%)	
±d±m	тотально-проблематичная картина контактов; одновременные: доверие и недоверие, открытость и заблокированность контактов; разрозненность	10 (3,89%)	1 (1,28%)	4 (8,16%)	13 (3,47%)	
±d0m	сомнения в поисках и приклеивании; навязчивость контактов	1 (0,39%)	3 (3,85%)	4 (8,16%)	19 (5,07%)	
0d±m	сомнения в привязанности и отделении; навязчивость контактов	7 (2,72%)	2 (2,56%)	0 (0,00%)	12 (3,20%)	
±d+m	навязчивый поиск с привязанностью; ненадежная, сомнительная инцестуозная связь; билатеральная связь с приклеиванием; плохая концентрация внимания	7 (2,72%)	1 (1,28%)	0 (0,00%)	5 (1,33%)	
-d-m	заблокированность контактов, ирреальные связи; отчуждение от мира	2 (0,78%)	1 (1,28%)	0 (0,00%)	5 (1,33%)	
-d±m	навязчивая амбивалентность в привязанности и инцестуозная связь; заблокированность контактов с остатками привязанности; несчастливая связь	4 (1,56%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	3 (0,80%)	
+d±m	навязчивый поиск с привязанностью; ненадежная, сомнительная инцестуозная связь; билатеральная связь с приклеиванием; плохая концентрация внимания	2 (0,78%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	3 (0,80%)	
-d0m	экстремальное постоянство; прилипание; консерватизм; сложности в переключаемости; анальный характер	1 (0,39%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	4 (1,07%)	
0d0m	бесконтактность; контакт избалованного дитя; дезинтеграция влечения к контактам	0 (0,00%)	4 (5,13%)	0 (0,00%)	1 (0,27%)	
±d-m	навязчивая амбивалентность в поисках после отделения; заблокированность контактов с поиском; недоверие в сочетании с приклеенностью	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (0,53%)	

Условные обозначения: N – объем выборки; p – уровень достоверности различий; df – степени свободы; (*) – без указания гипертонусного состояния (!, !!, !!!)

СООТВЕТСТВИЕ ЦЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ ТЕНДЕНЦИЯМ ПОБУЖДЕНИЙ

Таблица Б. 1

Соответствие ценностей личности тенденциям побуждений Л. Зонди

Тенденция побуждения	Характеристика тенденции побуждения	Ценности, формируемые под влиянием тенденции побуждения
+h	тенденция к персональной чувственной любви	любить партнера, своих близких, быть женственной, нежной
-h	тенденция к коллективистской, гуманизированной доброте	быть добрым, любить и принимать всех (коллег, знакомых, общество, человечество в целом), быть этичным
+s	тенденция к садизму, агрессии, активности	выживание, жизнь, быть победителем, иметь господство над другими, владеть желаемым, показать свою силу и превосходство
-s	тенденция к цивилизации, к благородству, к самопожертвованию, покорности, к пассивности и к мазохизму	не иметь и не проявлять агрессии по отношению к близким и к окружающим, жертвовать своими интересами ради других и общего дела, быть приверженным традициям, быть с группой, следовать мнению группы и большинства, быть покорной
+e	тенденции к добру, к общечеловеческой справедливости, к терпимости, к доброте, к готовности помочь, к преданности, тип Авеля	быть добрым, справедливым, толерантным, терпимым, помогать, заботиться о других, быть преданным
-e	тенденция ко злу, к накоплению в душе гнева, ярости, ненависти, мести, ревности, нетерпимости, наглости, тип Каина	победить «врага», отстаивать свою правду, иметь свое мнение, не отрицать свои эмоции и чувства, проявлять их
+hy	тенденция к бесстыдному выставлению себя напоказ, к значительности	демонстрировать себя (свою внешность, достижения и т.д.), производить впечатление
-hy	тенденция к застенчивости в обществе	не выставлять себя напоказ (свою внешность, успехи, эмоции), быть скромной, слиться с толпой
+k	тенденция к аутизму, эгоизму, эгоцентризму, нарциссизму, к интроекции	быть самодостаточной, целеустремленной, добиваться своего
-k	тенденция приспособления к коллективу, к вытеснению	быть частью коллектива, не проявлять индивидуальность

Тенденция побуждения	Характеристика тенденции побуждения	Ценности, формируемые под влиянием тенденции побуждения
+p	тенденция к экспансии Я, к выдвижению обвинений против других (проекция)	иметь власть, осознавать свои потребности, быть самостоятельной
-p	тенденция к распространению гуманистических идеалов, духовных ценностей	гуманизм, коллективизм, коллективная доброта, щедрость, справедливость, самоограничения, самоотверженность
+d	тенденция к приобретению ценностей у других, к поиску новых объектов, к неверности	накопительство, соперничество, разнообразие контактов и связей
-d	тенденция к самоотречению в пользу других людей, к верности, аналности	самоотверженность во имя общего блага, верность, лояльность
+m	тенденция прильнуть к старому объекту (человеку или вещи); к оральности, к гедонизму	быть рядом с кем-нибудь, быть частью определенной социальной группы, нации, расы, религии, сохранить приобретенное (контакты, связи, отношения, материальные и иные объекты)
-m	тенденция к самоотторжению, к уединению	быть свободной, ни к чему не привязанной

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ ЖЕНЩИНАМИ С НАРУШЕННЫМ И НОРМАЛЬНЫМ ПИЩЕВЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Таблица В. 1

Использование психологических защит женщинами с нормальным и нарушенным пищевым поведением

Психологическая защита	Женщины с РПП			Женщины без РПП (N=375) M ± S	Уровень p (df=3)
	Гиперфагия (N=257) M ± S	Анорексия (N=78) M ± S	Булимия (N=49) M ± S		
Отрицание	71,92 ± 19,69	53,03 ± 14,87	54,20 ± 15,20	63,62 ± 19,26	<0,0001*
Подавление	53,77 ± 25,86	52,12 ± 19,98	51,14 ± 19,39	52,41 ± 21,28	0,7694
Регрессия	91,51 ± 9,06	52,46 ± 16,59	52,33 ± 15,88	74,79 ± 21,36	<0,0001*
Компенсация	87,37 ± 16,92	92,97 ± 7,47	92,35 ± 9,01	79,34 ± 17,59	<0,0001*
Проекция	53,63 ± 27,23	53,68 ± 24,25	52,33 ± 23,84	53,54 ± 26,05	0,9784
Замещение	59,81 ± 22,96	84,74 ± 17,95	84,12 ± 17,62	80,23 ± 18,76	<0,0001*
Интеллектуализация	44,84 ± 20,42	43,55 ± 18,20	41,71 ± 16,93	43,05 ± 19,41	0,7255
Реактивные образования	42,74 ± 26,16	84,42 ± 16,25	82,88 ± 17,72	62,35 ± 29,28	<0,0001*

Условные обозначения: N – объем выборки; p – уровень достоверности различий; df – степени свободы; * – уровень значимости различий $p < 0,0001$; M ± S – среднее значение ± стандартное отклонение

Таблица В. 2

Различия в использовании психологических защит женщинами с нарушенным и нормальным пищевым поведением

Психологическая защита	Гиперфагия - Анорексия (p)	Гиперфагия - Булимия (p)	Гиперфагия - Без РПП (p)	Анорексия - Булимия (p)	Анорексия - Без РПП (p)	Булимия - Без РПП (p)
Отрицание	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*	0,9913	0,0005**	0,0245***
Подавление	0,9227	0,9051	0,8836	0,9991	0,9981	0,9901
Регрессия	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*	0,9997	<0,0001*	<0,0001*
Компенсация	0,2155	0,4100	<0,0001*	1,0000	<0,0001*	<0,0001*
Проекция	1,0000	0,9794	0,9996	0,9904	1,0000	0,9853
Замещение	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*	1,0000	0,3266	0,5095
Интеллектуализация	0,9999	0,9066	0,8304	0,9493	0,9595	0,9952
Реактивные образования	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*	0,9981	<0,0001*	0,0001**

Условные обозначения: p – уровень достоверности различий; * – уровень значимости различий $p < 0,0001$; ** – уровень значимости различий $p \leq 0,01$; *** – уровень значимости различий $p \leq 0,05$

РАЗЛИЧИЯ В ПРОЯВЛЕНИИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖЕНЩИН С НОРМАЛЬНЫМ И НАРУШЕННЫМ ПИЩЕВЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Таблица Г. 1

**Различия в проявлении социально-психологических особенностей женщин
с нормальным и нарушенным пищевым поведением**

Показатель	Гиперфа- гия - Анорек- сия (р)	Гиперфа- гия - Бу- лимия (р)	Гиперфагия - Без РПП (р)	Анорек- сия - Бу- лимия (р)	Анорексия - Без РПП (р)	Булимия - Без РПП (р)
А: Замкнутость - Общительность	0,3834	0,0191***	<0,0001*	0,5479	<0,0001*	0,0011**
В: Конкретное мышление - Аб- страктное мыш- ление	0,0642	0,5862	0,0958	0,8826	0,6694	0,9998
С: Эмоциональная нестабильность - Эмоциональная стабильность	0,9987	0,6604	<0,0001*	0,6951	<0,0001*	<0,0001*
Е: Подчиненность - Самоутвержде- ние	0,0080**	0,9082	0,0739	0,3535	<0,0001*	0,1965
Ф: Сдержанность - Экспрессивность	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*	0,9466	<0,0001*	<0,0001*
Г: Низкая норма- тивность - Высо- кая норматив- ность	<0,0001*	0,3576	<0,0001*	0,3207	<0,0001*	<0,0001*
Н: Робость - Сме- лость	<0,0001*	0,6736	<0,0001*	0,0029**	1,0000	0,0002**
І: Практицизм - Чувствительность	<0,0001*	0,0036**	0,7345	0,9226	<0,0001*	0,0003**
Л: Доверчивость - Подозритель- ность	0,0007**	0,9769	<0,0001*	0,0725	0,0028**	<0,0001*
М: Практичность - Мечтательность	0,0703	0,0127***	0,5876	0,8908	0,0048**	0,0007**
Н: Прямолинейно сть - Диплома- тичность	0,8886	0,9990	0,0006**	0,9768	0,0099**	0,1279
О: Спокойствие - Тревожность	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*	0,1092	<0,0001*	0,4000
Q1: Консерватизм - Радикализм	<0,0001*	0,0001**	0,1084	0,9497	<0,0001*	0,0114***
Q2: Конформизм - Нонконформизм	<0,0001*	<0,0001*	0,0281***	0,9999	<0,0001*	0,0001**

Показатель	Гиперфа- гия - Анорек- сия (р)	Гиперфа- гия - Бу- лимия (р)	Гиперфагия - Без РПП (р)	Анорек- сия - Бу- лимия (р)	Анорексия - Без РПП (р)	Булимия - Без РПП (р)
Q3: Низкий само- контроль - Высо- кий самоконтроль	<0,0001*	<0,0001*	0,8045	0,9861	<0,0001*	<0,0001*
Q4: Расслабленнос- ть - Напряжен- ность	<0,0001*	0,1628	<0,0001*	<0,0001*	0,0668	<0,0001*
F1: Низкая тре- вожность - Высо- кая тревожность	<0,0001*	0,0063**	<0,0001*	0,6960	0,2759	0,0165***
F2: Интроверсия - Экстраверсия	<0,0001*	0,0002**	<0,0001*	0,0302***	0,1218	0,4669
F3: Чувствительно- сть - Уравнове- шенность	<0,0001*	0,0009**	0,3507	0,3891	<0,0001*	<0,0001*
F4: Конформность - Независимость	<0,0001*	0,0284***	0,0002**	0,2030	<0,0001*	<0,0001*
MD: Самооценка	0,0001**	0,0041**	0,9999	<0,0001*	<0,0001*	0,0033**

Условные обозначения: р – уровень достоверности различий; * – уровень значимости различий $p < 0,0001$; ** – уровень значимости различий $p \leq 0,01$; *** – уровень значимости различий $p \leq 0,05$

РАЗЛИЧИЯ В ПРОЯВЛЕНИИ АГРЕССИИ У ЖЕНЩИН С НОРМАЛЬНЫМ И НАРУШЕННЫМ ПИЩЕВЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Таблица Д. 1

**Различия в проявлении агрессии у женщин
с нормальным и нарушенным пищевым поведением**

Показатель	Гипер- фагия - Анорек- сия (р)	Гипер- фагия - Булимия (р)	Гипер- фагия - Без РПП (р)	Анорек- сия - Бу- лимия (р)	Анорек- сия - Без РПП (р)	Булимия - Без РПП (р)
Вербальная агрессия	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*	0,7747	0,0248***	0,0026**
Физическая агрессия	0,0035**	0,0822	0,1605	0,9833	<0,0001*	0,0019**
Предметная агрессия	0,8607	0,9077	0,3445	0,6681	0,9940	0,3911
Эмоциональная агрессия	<0,0001*	<0,0001*	0,5431	0,9695	<0,0001*	<0,0001*
Самоагрессия	0,7379	0,9744	<0,0001*	0,6977	0,0001**	0,1578
Общая агрессия	<0,0001*	<0,0001*	0,9024	0,9790	<0,0001*	<0,0001*

Условные обозначения: р – уровень достоверности различий; * – уровень значимости различий $p < 0,0001$; ** – уровень значимости различий $p \leq 0,01$; *** – уровень значимости различий $p \leq 0,05$

РАЗЛИЧИЯ В ПРОЯВЛЕНИИ ТРЕВОЖНОСТИ У ЖЕНЩИН С НОРМАЛЬНЫМ И НАРУШЕННЫМ ПИЩЕВЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Таблица Е. 1

**Различия в проявлении тревожности у женщин
с нормальным и нарушенным пищевым поведением**

Показатель	Гиперфагия - Анорексия (p)	Гиперфагия - Булимия (p)	Гиперфагия - Без РПП (p)	Анорексия - Булимия (p)	Анорексия - Без РПП (p)	Булимия - Без РПП (p)
Ситуативная тревожность	<0,0001*	0,0034**	<0,0001*	0,7943	0,9664	0,4424
Личностная тревожность	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*	0,9887	0,9957	0,9405

Условные обозначения: p – уровень достоверности различий; * – уровень значимости различий $p < 0,0001$; ** – уровень значимости различий $p \leq 0,01$

ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАЛИЧИЯ И ВИДА ДЕТСКИХ ПСИХОТРАВМ НА ОСНОВЕ АВТОРСКОГО СТРУКТУРИРОВАННОГО ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОГО ИНТЕРВЬЮ

Таблица Ж. 1

Определение наличия и вида детских психотравм у женщин с РПП на основе авторского структурированного психоаналитического интервью

№ п/п	Примерное наименование вопроса	Варианты ситуаций, свидетельствующих о возможной психотравме	Наименование возможной психотравмы
1.	Расскажите о вашем отношении к еде, режиме питания, рационе. Как давно вы в такой ситуации? Как менялось ваше отношение к еде в течение жизни, начиная с детского возраста?		
2.	Были ли у вас в детстве и сейчас какие-то вредные привычки? когда это началось, после каких ситуаций?	привычка грызть ногти, что-нибудь «пихать» в рот, облизывать (за исключением периода до 1 года жизни) (напр., ручки, карандаши, часть одежды, волосы и т.д.), курение, употребление алкоголя и т.д.	оральная
3.	Пожалуйста, расскажите о своем раннем детстве, что вы о нем помните или знаете:		
	– как долго вас кормили грудью, как произошло прекращение грудного вскармливания?	резкое прекращение грудного вскармливания; «тяжелое» отлучение от груди; непродолжительное грудное вскармливание	оральная
	– сосали ли вы соску, до какого возраста, как вас от нее отучали?	резкое отлучение от соски; отлучение от соски до 1 года жизни; «тяжелое» отлучение от соски (наличие сильных эмоциональных реакций и переживаний по этому поводу, в том числе в связи с использованием родителями «жестких мер» (намазывание соски перцем и т.п.))	оральная
	– были ли случаи расставания с матерью в раннем детстве, по какой причине, как вы это пережили, с кем вы находились в этот период?	резкое расставание с матерью на продолжительный период (госпитализация, командировка, поездка к родственникам без матери и т.д.), тяжелое переживание этой разлуки; общая	оральная

№ п/п	Примерное наименование вопроса	Варианты ситуаций, свидетельствующих о возможной психотравме	Наименование возможной психотравмы
		холодность матери, выполнение материнских «обязанностей» без эмоционального отклика; преимущественный или полный уход за ребенком другими взрослыми, а не матерью (бабушка, отец, няня и др.)	
	– с какого возраста вас начали приучать к горшку, как это происходило, ругал ли вас кто-нибудь, если вы ходили не в горшок, а в штаны, до какого возраста были такие случаи, как вы себя чувствовали при этом?	раннее приучение к горшку при нежелании ребенка; грубое приучение к горшку (привязывали, держали силой, заставляли и т.п.); проявление злости, агрессии, унижения и т.п. в адрес ребенка при его нежелании и сопротивлении опорожняться в горшок, физиологически испачканных штанах и т.п.; эмоциональное переживание ребенком этих ситуаций	анальная
4.	Когда вы были маленькой, родители восхищались вами: например, говорили, что вы красивая, самая умная, лучше всех, хвастались перед другими людьми (вашей красотой, достижениями, успехами и т.д.)?	редкие эпизоды или отсутствие восхищения ребенком со стороны близкого окружения (родители, бабушки, сиблинги), особенно в дошкольном возрасте; отсутствие восхищения в сочетании с унижением (оскорбления, насмешки, физическое и эмоциональное насилие и т.п.)	кумулятивная нарциссическая острая нарциссическая
5.	Как часто родители хвалили вас в детстве, за что? Считаете ли вы, что в детстве вас недостаточно хвалили за ваши достоинства, которые были важны для вас?	недостаток или отсутствие похвалы, в том числе за значимые для ребенка достижения, качества и т.д.	кумулятивная нарциссическая, острая нарциссическая
6.	В целом, насколько вы чувствовали любовь родителей в детстве? Как вы оцениваете их отношение к вам? Опишите ваши взаимоотношения, начиная с детского возраста.	холодность, безразличие родителей; недостаточная эмоциональная связь и отклик; пренебрежение; унижение и т.п.; кастрационный комплекс	кумулятивная нарциссическая, острая нарциссическая; эдипальная
7.	Родители когда-нибудь вас унижали: например, оскорбляли, смеялись над вами, над тем, как вы выглядите, чем занимаетесь? Бывало ли это при других детях или взрослых? Говорили ли они при других, что вы ни на что не способна, что вы некрасивая, что ваши достижения – это ерунда и	унижение и пренебрежение (оскорбления, насмешки, обесценивание внешности, достижений и т.д.), в том числе при других людях или в общении с другими людьми	острая нарциссическая

№ п/п	Примерное наименование вопроса	Варианты ситуаций, свидетельствующих о возможной психотравме	Наименование возможной психотравмы
	др.?		
8.	У вас есть брат или сестра, какая у вас разница в возрасте? Какие у вас были отношения в детстве, он/она когда-нибудь смеялись над вами, что было поводом для этого (внешность, поступки и т.д.), как вы на это реагировали, он/она как-нибудь унижали вас?	отсутствие теплых, дружественных отношений с сиблингом, унижения (словесные и физические) с их стороны; выражены, устойчивые эмоциональные переживания по поводу отношений с сиблингом	острая нарциссическая
9.	Как вы оцениваете отношение родителей к вам и к вашему брату/сестре: кого из вас больше любили, хвалили, восхищались, баловали и т.д.?	большее снисхождение, любовь, дозволенность и т.п. по отношению к сиблингу (на основании субъективного восприятия) (напр., сиблинга меньше ругали, давали больше свободы, чаще хвалили, проводили с ним больше времени и т.д.)	острая нарциссическая
10.	Что вы можете рассказать о вашем отношении к вам и ваших взаимоотношениях с другими близкими родственниками (бабушками, дедушками, тетей, дядей, двоюродными братьями/сестрами и т.д.) в детском возрасте?	отсутствие эмоционального отклика от близких родственников; недостаток ожидаемого внимания; унижение, оскорбление и т.п.	кумулятивная нарциссическая, острая нарциссическая
11.	Какое в вашей семье отношение к теме секса? Что вы можете рассказать о периоде вашего полового созревания: в каком возрасте вы почувствовали, что взрослеете, что у вас появилось половое влечение, как вы его удовлетворяли, были ли у вас сексуальные импульсы, которые вы не могли в себе интерпретировать как сексуальные и потом испытывали за это чувство стыда, какие у вас были отношения с родителями в этот возрастной период?	в подростковом возрасте: запрет, отсутствие бесед на сексуальную тему, обсуждение особенностей периода полового созревания, гендерных отличий и взаимоотношений; транслирование отношения к сексуальности и ее проявлениям как к грязному и постыдному; осуждение и запрет на проявление сексуальности; жесткий запрет (в том числе внутренний) на удовлетворение сексуальных импульсов при их повышенном уровне; подавление сексуальных желаний, мыслей, влечений из-за чувства стыда за их наличие; яркие и/или глубокие эмоциональные переживания по этому поводу	генитальная
12.	Какие ценности ваши родители транслировали вам в вашем детстве? Как вам кажется, это были истинные ценности, вы их разделяли?	наличие двойных стандартов в поведении родителей: транслирование родителями ценностей добродетели, целомудрия, скромности и т.п. при их несоблюдении; желание удовлетворить возникшие сексуальные импульсы, но страх нарушить запреты и установленные семейные ценности	генитальная

№ п/п	Примерное наименование вопроса	Варианты ситуаций, свидетельствующих о возможной психотравме	Наименование возможной психотравмы
13.	Какие ключевые события или моменты, на ваш взгляд, произошли в вашем детстве? Как они на вас повлияли, почему это важно для вас?	разлука с матерью; рождение сиблинга и более теплое отношение к нему, чем к ней самой; унижение со стороны сверстников или значимого мальчика/парня; унижение сиблингом (в т.ч. факт издевательства);	оральная; острая нарциссическая;
14.	Насколько счастливым было ваше детство, что бы вы хотели изменить?	ощущение своей ненужности, ущербности; желание вообще не родиться; желание быть любимой; ощущение себя «девочкой для битья»; желание родиться мальчиком или вообще не родиться; желание всегда быть рядом с отцом и чувствовать его любовь; желание быть любимой матерью и др.	кумулятивная нарциссическая; острая нарциссическая; эдипальная; оральная, эдипальная

**ПРОЯВЛЕНИЕ ДЕТСКОЙ ПСИХОТРАВМЫ У ЖЕНЩИН С
РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ**

Таблица 3. 1

Проявление детской психотравмы у женщин с расстройствами пищевого поведения

Травма	Гиперфагия (N=257)	Анорексия (N=78)	Булимия (N=49)	Уровень p (df=15)
Кумулятивная нарциссическая	221 (85,99%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	<0,0001
Оральная	26 (10,12%)	5 (6,41%)	8 (16,33%)	
Острая нарциссиче- ская	0 (0,00%)	42 (53,85%)	26 (53,06%)	
Эдипальная	2 (0,78%)	22 (28,21%)	2 (4,08%)	
Генитальная	0 (0,00%)	9 (11,54%)	13 (26,53%)	
Анальная	8 (3,11%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	

Условные обозначения: N – объем выборки; p – уровень достоверности различий; df – степени свободы

РЕЗУЛЬТАТЫ ФАКТОРНОГО АНАЛИЗА

Таблица И. 1

Группы психологических предикторов жизненного стиля женщин
с нормальным и нарушенным пищевым поведением

Показатель	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4
Ситуативная тревожность, балл	-0,91	0,07	-0,08	0,01
Личностная тревожность, балл	-0,90	0,06	-0,08	-0,06
Эмоциональная нестабильность - Эмоциональная стабильность	0,65	0,20	-0,12	-0,12
Робость - Смелость	0,57	-0,13	-0,03	0,39
Доверчивость - Подозрительность	-0,69	-0,08	0,12	-0,06
Прямолинейность - Дипломатич- ность	0,26	-0,01	-0,16	-0,16
Спокойствие - Тревожность	-0,63	0,17	-0,13	-0,34
Низкий самоконтроль - Высокий самоконтроль	0,35	0,10	-0,01	-0,35
Низкая тревожность - Высокая тре- вожность	-0,96	0,03	-0,05	-0,04
Компенсация	-0,17	-0,06	0,17	0,06
Проекция	0,09	0,04	0,07	-0,05
Подчиненность - Самоутверждение	0,11	-0,72	-0,06	0,06
Низкая нормативность - Высокая нормативность	0,17	0,52	-0,10	0,04
Практицизм - Чувствительность	-0,05	0,58	0,01	-0,26
Практичность - Мечтательность	0,02	0,31	0,06	-0,21
Консерватизм - Радикализм	0,17	-0,42	0,08	0,14
Конформизм - Нонконформизм	0,12	-0,61	0,04	0,08
Чувствительность - Уравновешен- ность	0,05	-0,76	-0,05	0,16
Конформность - Независимость	0,01	-0,85	0,08	-0,08
Вербальная	0,24	0,02	0,76	0,07
Физическая	0,07	-0,01	0,78	-0,05
Предметная	0,21	0,07	0,65	-0,08
Эмоциональная	-0,37	-0,19	0,39	0,29
Самоагрессия	-0,31	-0,01	0,37	-0,02
Общая агрессия	-0,08	-0,05	0,96	0,10
Самооценка	0,05	0,01	-0,06	-0,05
Интеллектуализация	-0,03	0,04	0,13	-0,01
Замкнутость - Общительность	0,37	0,34	-0,03	0,39
Конкретное мышление - Абстракт- ное мышление	0,05	-0,06	0,00	0,12
Сдержанность - Экспрессивность	-0,21	-0,09	0,13	0,61
Расслабленность - Напряженность	-0,22	0,04	-0,15	0,30
Интроверсия - Экстраверсия	0,38	-0,12	0,01	0,63

Показатель	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4
Отрицание	-0,08	0,05	-0,07	-0,53
Подавление	-0,01	0,06	0,01	-0,06
Регрессия	-0,13	0,09	-0,08	-0,64
Замещение	0,20	0,04	0,04	0,48
Реактивные образования	0,12	-0,04	0,08	0,59
Общая дисперсия	5,29	3,40	3,05	3,04
Доля общ	14,29%	9,19%	8,25%	8,22%

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛАСТЕРНОГО СООТНОШЕНИЯ ГРУПП ИССЛЕДОВАНИЯ

Таблица К. 1

Кластерное соотношение исследуемых групп женщин

Группа	1 кластер (N=115)	2 кластер (N=260)	3 кластер (N=168)	4 кластер (N=216)	Всего	Уровень p (df=9)
Без РПП	92 (80,00%)	34 (13,08%)	(95,83%)	88 (40,74%)	375	<0,0001
Гиперфагия	14 (12,17%)	220 (84,62%)	6 (3,57%)	17 (7,87%)	257	
Анорексия	5 (4,35%)	0 (0,00%)	1 (0,60%)	72 (33,33%)	78	
Булимия	4 (3,48%)	6 (2,31%)	0 (0,00%)	39 (18,06%)	49	

Условные обозначения: N – объем выборки; p – уровень достоверности различий; df – степени свободы

РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТА ЗОНДИ НА ДИАГНОСТИЧЕСКОМ И КОНТРОЛЬНОМ ЭТАПАХ

Таблица Л. 1

Проявление тенденций побуждений в S-векторе «Сексуальное побуждение»

Тенденция побуждения (*)	Характеристика тенденции побуждения	Гиперфагия (N=201)		Анорексия (N=68)		Булимия (N=42)	
		до реализации программы	после реализации программы	до реализации программы	после реализации программы	до реализации программы	после реализации программы
-h+s	садизм с подавлением эроса	9 (4,48%)	1 (0,50%)	38 (55,88%)	2 (2,94%)	19 (45,24%)	1 (2,38%)
+h-s	любовь к конкретному человеку с готовностью ему отдаться	54 (26,87%)	19 (9,45%)	2 (2,94%)	33 (48,53%)	3 (7,14%)	12 (28,57%)
-h0s	тенденция к любви ко всему человечеству, гуманизм	28 (13,93%)	12 (5,97%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (2,38%)
0h-s	доминирование покорности, пассивности, жертвования собой, смирению и мазохизму	40 (19,90%)	9 (4,48%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
+h+s	нормальная сексуальность: любовь к конкретному человеку и активное овладение объектом	14 (6,97%)	98 (48,76%)	3 (4,41%)	22 (32,35%)	0 (0,00%)	20 (47,62%)
0h+s	доминирование агрессии, садизма, активности	2 (0,99%)	0 (0,00%)	6 (8,82%)	0 (0,00%)	7 (16,68%)	0 (0,00%)
+h0s	стремление любить конкретный объект, т.е. доминирование любви к конкретному человеку	12 (5,97%)	46 (22,88%)	8 (11,77%)	11 (16,18%)	4 (9,52%)	5 (11,90%)
0h0s	1) полное сексуальное удовлетворение 2) добровольное сексуальное воздержание (аскеза) 3) периодическая фригидность	9 (4,48%)	15 (7,46%)	2 (2,94%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)

Тенденция побуждения (*)	Характеристика тенденции побуждения	Гиперфагия (N=201)		Анорексия (N=68)		Булимия (N=42)	
		до реализации программы	после реализации программы	до реализации программы	после реализации программы	до реализации программы	после реализации программы
$\pm h0s$	сомнения по поводу объекта любви: конкретного человека или человечество, агрессии нет	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
$-h\pm s$	1) садомазохизм с подавлением эроса или с любовью ко всему человечеству 2) агрессия со стремлением к деятельности в культурной области или стремление улучшить цивилизацию, нет любви к конкретному человеку	2 (0,99%)	0 (0,00%)	4 (5,88%)	0 (0,00%)	4 (9,52%)	0 (0,00%)
$\pm h0s$	сомнения по поводу объекта любви: конкретного человека или человечество, агрессии нет	16 (7,96%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
$\pm h-s$	1) стремление к культурной деятельности или улучшению цивилизации с любовью к конкретному человеку 2) женское стремление отдаваться	4 (1,99%)	1 (0,50%)	1 (1,47%)	0 (0,00%)	3 (7,14%)	2 (4,76%)
$-h-s$	нормальная, сублимированная сексуальность: любовь ко всему человечеству с преданностью и жертвенностью	3 (1,49%)	0 (0,00%)	2 (2,94%)	0 (0,00%)	2 (4,76%)	1 (2,38%)
$+h\pm s$	1) нормальная, чувственная сексуальность с пассивностью 2) садомазохизм	6 (2,99%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
$0h\pm s$	полное доминирование садомазохизма	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
$\pm h+s$	1) нормальная, чувственная сексуальность со стремлением к культурной деятельности 2) культурный садизм с любовью 3) бисексуальная эротика с агрессией	2 (0,99%)	0 (0,00%)	2 (2,94%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)

Условные обозначения: (*) – без указания гипертонусного состояния (!, !!, !!!); N – объем выборки

Проявление тенденций побуждений в *P*-векторе «Этическое побуждение, пароксизмальное побуждение к эмоциональной разрядке»

Тенденция побуждения (*)	Характеристика тенденции побуждения	Гиперфагия (N=201)		Анорексия (N=68)		Булимия (N=42)	
		до реализации программы	после реализации программы	до реализации программы	после реализации программы	до реализации программы	после реализации программы
<i>-e+hy</i>	«чистый Каин»: накопление ярости, ненависти, гнева, мстительности, зависти, ревности, стремление творить зло	3 (1,49%)	0 (0,00%)	41 (60,30%)	4 (5,88%)	16 (38,1%)	1 (2,38%)
<i>-e-hy</i>	внутренняя паника, угнетенность, вызванные чрезмерным экзистенциальным или эротическим раздражителем	64 (31,84%)	4 (1,99%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
<i>+e-hy</i>	Авель: доминирование совестливости, толерантности, добродушия, готовности помочь, религиозность, стыдливость, подавление своего тщеславия	35 (17,41%)	4 (1,99%)	0 (0,00%)	1 (1,47%)	0 (0,00%)	1 (2,38%)
<i>±e-hy</i>	природа Авеля, подавляющая Каина; скрывающийся этический скептик	37 (18,41%)	3 (1,49%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	5 (11,90%)	0 (0,00%)
<i>0e-hy</i>	подавление эротических или других аффектов; страх сензитивных отношений	30 (14,93%)	2 (0,99%)	3 (4,41%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
<i>0e+hy</i>	доминирование тщеславия, выставление себя напоказ, без этических тормозов	4 (1,99%)	0 (0,00%)	5 (7,35%)	0 (0,00%)	8 (19,05%)	0 (0,00%)
<i>-e0hy</i>	накопление ярости, ненависти, гнева, мстительности, зависти, ревности, притязания Каина без моральных тормозов	0 (0,00%)	0 (0,00%)	5 (7,35%)	0 (0,00%)	2 (4,76)	0 (0,00%)
<i>+e0hy</i>	доминирование совести. Стремление искупить вину выражается в исте-	9 (4,48%)	0 (0,00%)	1 (1,47%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)

Тенденция побуждения (*)	Характеристика тенденции побуждения	Гиперфагия (N=201)		Анорексия (N=68)		Булимия (N=42)	
		до реализации программы	после реализации программы	до реализации программы	после реализации программы	до реализации программы	после реализации программы
	риоформных страхах, фобиях						
-e±hy	скрывающаяся натура Каина; моральный скептик, подавляющий Каина; паника истериоформно выставляется напоказ; предфаза прорыва грубых аффектов	4 (1,99%)	0 (0,00%)	3 (4,41%)	0 (0,00%)	7 (16,67%)	0 (0,00%)
+e+hy	истериоформный наплыв аффектов; двигательная буря; перегрузка страхом совести, выставляемым напоказ	8 (3,98%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (4,76%)	0 (0,00%)
+e±hy	природа Авеля, выставляемая напоказ; симультанное накопление заднепланового Каина	4 (1,99%)	0 (0,00%)	2 (2,94%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
±e+hy	природа Каина со стремлением к искуплению вины; наплыв аффектов с подавлением Каина	3 (1,49%)	0 (0,00%)	2 (2,94%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
0e±hy	Доминирование амбивалентной моральной цензуры, противоречия и сомнения без этических тормозов	0 (0,00%)	0 (0,00%)	6 (8,82%)	0 (0,00%)	2 (4,76%)	0 (0,00%)
0e0hy	полная разрядка грубых и тонких аффектов; лабильность проявления аффектов	0 (0,00%)	23 (11,44%)	0 (0,00%)	3 (4,41%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
±e±hy	целостное пароксизмальное влечение; интеграция притязаний Каина и Авеля	0 (0,00%)	165 (82,10%)	0 (0,00%)	60 (88,24%)	0 (0,00%)	39 (92,86%)
±e0hy	доминирование амбивалентной этической цензуры, противоречия и сомнения	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (2,38%)

Условные обозначения: (*) – без указания гипертонусного состояния (!, !!, !!!); N – объем выборки

Проявление тенденций побуждений в *Sch*-векторе «Я-побуждение»

Тенденция побуждения (*)	Характеристика тенденции побуждения	Гиперфагия (N=201)		Анорексия (N=68)		Булимия (N=42)	
		до реализации программы	после реализации программы	до реализации программы	после реализации программы	до реализации программы	после реализации программы
$-k+p$	отрицаемая инфляция; подавление; запрещение	81 (40,30%)	8 (3,98%)	3 (4,41%)	0 (0,00%)	2 (4,76%)	0 (0,00%)
$-k0p$	вытеснение; невротическое Я	79 (39,30%)	3 (1,49%)	6 (8,82%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
$\pm k-p$	сдерживаемая проекция путем навязчивости; фуги, бегство; сбегающее Я; пароксизмальное Я	0 (0,00%)	0 (0,00%)	14 (20,59%)	0 (0,00%)	6 (14,29%)	0 (0,00%)
$+k0p$	тотальная интроекция; эгоцентризм, эгоизм, нарциссизм, жажда обладания	0 (0,00%)	0 (0,00%)	20 (29,41%)	2 (2,94%)	9 (21,43%)	1 (2,38%)
$+k+p$	интроинфляция; всемогущество и обладание всем; тотальный нарциссизм; тотальная власть сферы Я	0 (0,00%)	5 (2,49%)	8 (11,76%)	1 (1,47%)	16 (38,09%)	3 (7,14%)
$-k\pm p$	подавленная проекция; отчуждение; отрицание своей заброшенности и женственности; деперсонализация	7 (3,48%)	0 (0,00%)	2 (2,94%)	0 (0,00%)	9 (21,43%)	0 (0,00%)
$-k-p$	отрицаемая проекция; приспособление; вымуштрованное Я	8 (3,98%)	89 (44,28%)	0 (0,00%)	16 (23,53%)	0 (0,00%)	17 (40,48%)
$+k-p$	интроекция; аутизм; упрямое Я	3 (1,49%)	0 (0,00%)	5 (7,35%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
$0k\pm p$	инфлятивная проекция; брошенное Я; "кастрированное" Я; женское Я-минор	9 (4,48%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
$0k+p$	тотальная инфляция; удвоение Я; амбитенденциозность; одержимость; неудержимое стремление к всемогу-	6 (2,99%)	0 (0,00%)	7 (10,29%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)

Тенденция побуждения (*)	Характеристика тенденции побуждения	Гиперфагия (N=201)		Анорексия (N=68)		Булимия (N=42)	
		до реализации программы	после реализации программы	до реализации программы	после реализации программы	до реализации программы	после реализации программы
	ществу						
$\pm k+p$	сдерживаемая инфляция путем навязчивости; навязчивая дефляция; Я каторжника	3 (1,49%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
$\pm k0p$	интроотказ; навязчивость; мужское Я-мажор; навязчивое Я	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (2,94%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
$0k-p$	тотальная проекция; партиципация; параноидное Я	3 (1,49%)	0 (0,00%)	1 (1,47%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
$0k0p$	дезинтеграция; Я перемен и изменений; бессилие Я; сумеречные состояния; абсанс; потеря Я	2 (1%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
$\pm k\pm p$	интеграция; интегрирующее Я; предчувствующее катастрофу Я; Я верховного жреца	0 (0,00%)	18 (8,95%)	0 (0,00%)	2 (2,94%)	0 (0,00%)	3 (7,14%)
$+k\pm p$	инфлятивно-проективная интроекция; одобрение и принятие брошенности и женственности; предфаза тотальной интроекции	0 (0,00%)	78 (38,81%)	0 (0,00%)	47 (69,12%)	0 (0,00%)	18 (42,86%)

Условные обозначения: (*) – без указания гипертонусного состояния (!, !!, !!!); N – объем выборки

**ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИВНОСТИ ЖЕНЩИН С РАССТРОЙСТВАМИ
ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ НА ДИАГНОСТИЧЕСКОМ И
КОНТРОЛЬНОМ ЭТАПАХ**

Таблица М. 1

**Особенности агрессивности женщин с расстройствами пищевого поведения
(средние значения, балл)**

Показатель	Гиперфагия (N=201)		Анорексия (N=68)		Булимия (N=42)	
	до реали- зации програм- мы	после реали- зации про- граммы	до реали- зации про- граммы	после реали- зации про- граммы	до реали- зации про- граммы	после реали- зации программы
Вербальная агрессия	4,58	3,58	5,95	3,76	6,27	3,64
Физическая агрессия	2,45	1,5	3,01	1,61	2,92	1,48
Предметная агрессия	4,22	2,64	4,33	2,89	4,04	2,77
Эмоциональ- ная агрессия	4,15	2,34	6,14	2,53	6,29	2,58
Самоагрессия	5,16	1,97	5,44	1,99	5,06	2,03
Общая агрес- сия	20,56	12,03	24,87	12,78	24,58	12,5

Условные обозначения: N – объем выборки

**ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНОСТИ ЖЕНЩИН С РАССТРОЙСТВАМИ
ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ НА ДИАГНОСТИЧЕСКОМ И
КОНТРОЛЬНОМ ЭТАПАХ**

Таблица М. 1

**Особенности тревожности женщин с расстройствами пищевого поведения
(средние значения, балл)**

Показатель	Гиперфагия (N=201)		Анорексия (N=68)		Булимия (N=42)	
	до реали- зации про- граммы	после ре- ализации про- грам- мы	до реали- зации про- граммы	после ре- ализации про- грам- мы	до реали- зации про- граммы	после ре- ализации про- грам- мы
Ситуативная тревожность	47,33	32,41	38,76	33,23	40,49	32,57
Личностная тревожность	50,63	29,98	39,04	30,01	39,51	29,93

Условные обозначения: N – объем выборки

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ ПО КОРРЕКЦИИ ЖИЗНЕННОГО СТИЛЯ ЖЕНЩИНЫ С ГИПЕРФАГИЕЙ

1. Общая часть

Возраст: 37 лет.

Семейное положение: замужем, двое детей (девочка 10 лет, мальчик 4 года).

Проблема: лишний вес вследствие чрезмерного потребления пищи (гиперфагии). Продолжительность проблемы – более 15 лет. Эффективность диет и других способов похудения – незначительная, удержание результата не более 6 месяцев, «срывы» зачастую не имеют ярко выраженной событийной обусловленности.

Запрос: снижение веса и сохранение достигнутого результата, избавление от тяги к перееданию.

Психологический анамнез: отношения с мужем нормальные, муж «хороший»; отношения с матерью натянутые, мать «любит только себя»; отношения с отцом доверительные; отношения с сестрой нормальные, но многое в ее поведении и образе жизни вызывает раздражение (расползлась как корова, ест всё без разбора и ничего не делает с этим и др.); к рождению детей отнеслась спокойно, без особой радости, как к выполнению долга (нужно было родить – родила).

2. Результаты диагностики

1) ЕАТ-26: высокая вероятность РПП.

Уточнение: чрезмерное потребление пищи волнообразно, чередуется с диетами и физическими нагрузками, иногда бывают случаи компульсивного или эмоциогенного переедания.

2) Тест Зонди:

+!!!h -!s – подавление агрессии, мазохизм, перенапряжение сексуальной сферы из-за отсутствия разрядки по причине неудовлетворение сексуальным партнёром или его отсутствием;

+e0hy – доминирование совести, стремление искупить вину, природа Авеля;

Ok +!p – тотальная инфляция; амбитенденциозность; одержимость; склонность к иллюзорному восприятию реальности и постановки целей, которым не суждено сбыться).

Od+!m – чрезмерная привязанность и инфантильное восприятие отношений, отсутствие мотивации к переменам в жизни;

3) «Индекс жизненного стиля»:

регрессия – 99 б., компенсация – 99 б., отрицание – 79 б., замещение – 77 б., подавление – 76 б., интеллектуализация – 42 б.; проекция – 20 б.; реактивные образования – 19 б.

4) Опросник Кеттела 16PF:

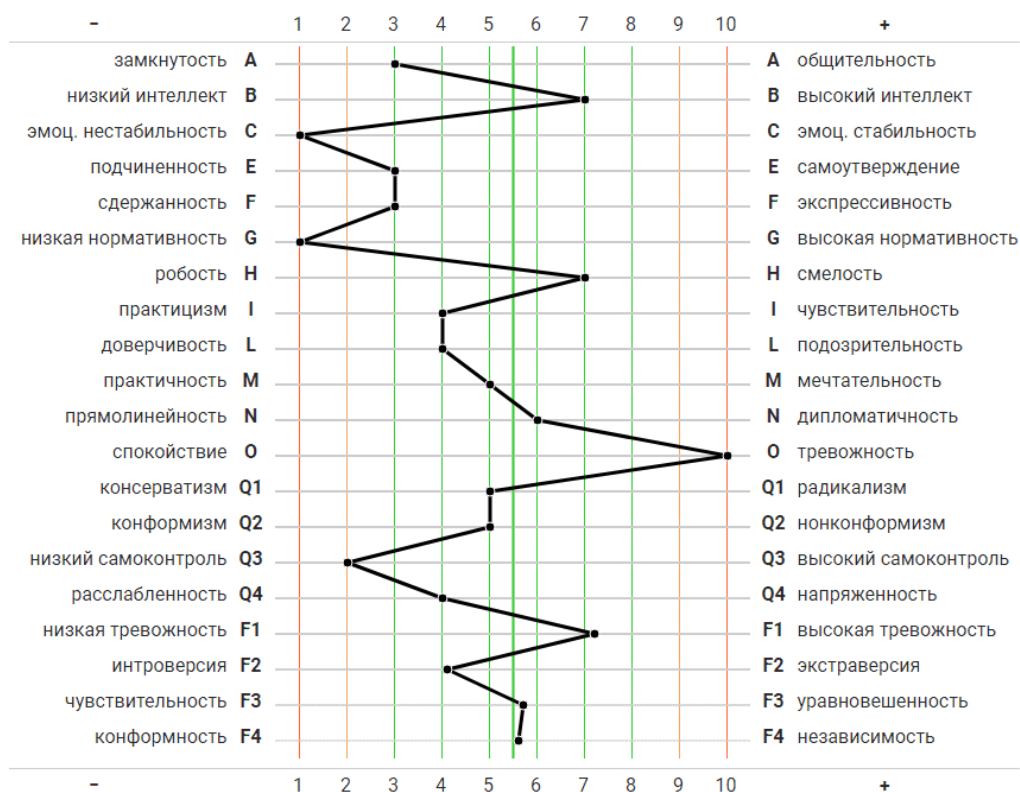


Рисунок О. 1 – Социально-психологические особенности личности

5) Тест агрессивности Л. Г. Почебут:

самоагрессия – 7 б. (высокий уровень);

эмоциональная агрессия – 6 б. (высокий уровень);

вербальная агрессия – 5 б. (высокий уровень);

предметная агрессия – 3 б. (средний уровень);

физическая агрессия – 1 б. (низкий уровень);

общий уровень агрессивности – 22 б. (средний уровень).

6) Тест тревожности Спилбергера-Ханина:

ситуативная тревожность – 46 б. (высокий уровень);

личностная тревожность – 55 б. (высокий уровень).

7) Авторское структурированное психоаналитическое интервью по выявлению детских психотравм: кумулятивная нарциссическая.

Характеристика: мать авторитарна, с детства не хвалит, только упрекает, требует, «шантажирует» своей ролью жертвы, привлекает внимание к себе, случаи высказываний от матери: «Ты у нас на последнем месте»; общее ощущение нехватки любви в детстве и своей ненужности.

3. Гипотезы:

1) Тип жизненного стиля: пластично-аффективный.

2) Психологические предикторы жизненного стиля, приводящие к чрезмерному потреблению пищи (гиперфагия): кумулятивная нарциссическая психотравма, привычка подавлять агрессию в отношении близких, компенсация потребности в привязанности смещением на еду.

3) Побудительные тенденции мазохизма (+!!!h -!s) проявляются в позиции жертвы – страхе наживать врагов, и как следствие, в стремлении всем угождать, скрывать свои истинные желания (потребность в нежности, более активном сексуальном внимании со стороны мужчины), чувства и реакции.

4) Побудительные тенденции Авеля (+e0hy) проявляются в стремлении быть для всех доброй, хорошей (вследствие тревоги, вызванной подавлением агрессии); проявляются в чрезмерной активности в общественной деятельности. Ценность – внутренняя красота, а не внешняя; главное – добродетель и гуманизм.

5) Побудительные тенденции садизма (-h+s) в профиле заднего плана заключаются в лишении своих близких желаемой ими обратной эмоциональной связи, отсутствие истинной любви и привязанности к ним, лишь внешнее неосознаваемое притворство их значимости (своего рода «насмешка» над ними).

6) Чрезмерная потребность в привязанности (0d+!m) реализуется через привязанность к продуктам. Обусловлена страхом потери объектов привязанности (своим близким), потому что они могут перестать показывать необходимое признание по важным для человека категориям жизненного пути, проявлять значимость субъекта в их жизни, предать или покинуть (дети вырастут и уедут, муж уйдет, они все умрут и оставят одну и т.п.) или не дать желаемого отклика в удовлетворении потребности в любви.

7) Запрет на глубокую эмоциональную привязанность с близкими людьми обусловлен кумулятивной нарциссической психотравмой, фиксированной в детстве: детские нарциссические потребности были неудовлетворены (обесценивание со стороны матери при отсутствии восхищения и похвалы, транслирование самодостаточности и отсутствие эмоциональной привязанности от ребёнка), в связи с чем произошел запрет на любовь и привязанность к близкому окружению, которое не отвечает взаимностью. В виду необходимости наличия объектов привязанности для устойчивой самооценки, настроения и других важных составляющих для формирования личности, произошло смещение привязанности с людей на еду.

8) Высокий уровень самоагрессии и эмоциональной агрессии отражает связь с побудительными тенденциями мазохизма и высоким уровнем личностной тревожности вследствие подавляемой внутренней агрессии.

4. Проектирование программы индивидуального сопровождения

Цель: сформировать стабильно-аффективный тип жизненного стиля, посредством коррекции психологических предикторов, для снижения веса и сохранения достигнутого результата.

Задачи:

1) Разрушить действие побуждающих мотивов, способствующих удержанию проблемы гиперфагии: сменить тенденции мазохизма на манифестацию тенденций садизма (активной жизненной позиции).

2) Научить проявлять гибкость поведения и удерживать уравновешенность аффективных проявлений: сформировать потребность и научить спосо-

бам реагировать в зависимости от ситуации, с учетом своих истинных потребностей и желаний.

3) Сформировать потребность в привязанности к близким людям, выстраиванию доверительных отношений с ними, научить не бояться потерять их или их любовь.

4) Сформировать потребность в любовании своим телом, демонстрации своих достижений, сексуальности.

5) Предложить способы разрядки неудовлетворенной сексуальной энергии.

Методы и средства: НЛП, когнитивно-поведенческой терапии, провокативной терапии, эриксоновского гипноза.

Форма работы: индивидуальная.

Периодичность: 1 раз в неделю.

5. Реализация программы

Продолжительность: 4 очных сеанса, 2 видео встречи, 1 раз в неделю по 1-1,5 часа.

Основные мероприятия:

1) Обсуждение результатов диагностики, уточнение гипотез.

2) Провокация подавленной агрессии через обсуждение и анализ личности, поведения, мотивов и т.п. литературных героев, отзывающихся в памяти женщины, которые отражают качества личности скрываемые на заднем плане (по Зонди) её личности, в данном случае, Тарас Бульба Н. Гоголя.

3) Разрушение старых ценностей, убеждений, установок, удерживающих проблему с переадапацией и лишним весом, обусловленных ведущими тенденциями побуждений (запрет на проявление агрессии к ближнему окружению, быть для всех удобной, всем угождать и т. д., любоваться больше внутренними перечисленными качествами, пренебрегая внешним видом и использование его для самоидентичности).

4) Проработка детской кумулятивной нарциссической психотравмы и снятие фиксации методами психоанализа, эриксоновского гипноза, НЛП.

5) Отработка ситуаций по формированию потребности в проявлении противоположных ценностей, стремлений: разрешение на проявление агрессии к близким (выстраивание личных границ, проявление, принятие своей позиции, желаний, трансляция их и т.д.), в первую очередь в отношении матери и сестры; на конкуренцию с матерью, сестрой, дочерью; демонстрация своих новых убеждений; легкая провокация близких на эмоциональное реагирование (например, ревность мужа в связи со своим внешним преображением). Осознание, принятие и открытое проявление тенденции Каина (по Зонди) – корректно проявлять на объекты желание восстановить справедливость, прояснить ситуацию по прошлым событиям для того, чтобы избавиться от внутреннего конфликта, задать неудобные вопросы близким, которые ведут или вели себя «не справедливо».

6) Обсуждение возможных способов разрядки неудовлетворенной сексуальной энергии: поставить вопрос удовлетворения любовной сферы в прио-

ритет, относительно устоявшимся привычкам замалчивать свои притязания ; спровоцировать мужа на его изменения и повышение качества их сексуальных отношений; иметь готовность настаивать на своём сценарии сексуальных отношений, вплоть до готовности сменить или добавить партнёра, чтобы не предавать своих желаний с известными от этого последствиями в виде симптомов РПП.

7) Отработка ситуаций по формированию получения удовольствия от ощущения, что есть близкие (дети, муж), которые ее любят, которые к ней привязаны, для которых она имеет значение. Формирование потребности взаимной привязанности без страха их потери или обесценивания.

6. Результаты

1) Изменение ведущих тенденций побуждений: устранение чрезмерного давления побудительных реакций; изменение тенденций мазохизма (+!!!h -!s) на нормальную сексуальность и проявление своего женского начала (+h-s); тенденции Авеля (+e0hy) гармонизированы (-e+hy); чрезмерная потребность в привязанности (0d+!m) стабилизирована до нормальной привязанности без страха потери (-d+m).

2) Уровень агрессивности снижен на 36%:

самоагрессия – 3 б. (средний уровень);

эмоциональная агрессия – 3 б. (средний уровень);

вербальная агрессия – 4 б. (средний уровень);

предметная агрессия – 3 б. (средний уровень);

физическая агрессия – 1 б. (низкий уровень);

общий уровень агрессивности – 14 б. (средний уровень).

3) Уровень тревожности снижен на:

22 % в ситуативной тревожности – 36 б. (средний уровень);

40% в личностной тревожности – 33 б. (средний уровень).

4) Отношения с близкими стали более эмоционально насыщенными. доверительными; с матерью – более свободными и уверенными.

5) Снижение веса за 1,5 месяца на 13% от желаемых параметров.

6) Повысилось качество сексуальных отношений с мужем.

7) Повысилась уверенность в себе, в своей привлекательности, появилось желание чаще демонстрировать себя и двигаться дальше, снизилась общественная активность.

7. Рекомендации:

Сохранять баланс в аффективных проявлениях и ценностях.