

**А. А. Матвеев**

## **РЕПРЕЗЕНТАЦИЯ ЭМОЦИЙ У БОЛЬНЫХ НЕРВНОЙ БУЛИМИЕЙ**

В работе рассматриваются основные подходы к исследованию эмоций при нарушениях пищевого поведения человека, обсуждается возможность применения понятий «эмоциональный интеллект», «репрезентация», «знаково-символическое опосредствование» к анализу эмоциональной регуляции при нарушениях пищевого поведения. Приводятся результаты эмпирического исследования репрезентации эмоций у больных с нервной булимией, которые интерпретируются на основе теоретического анализа.

*Ключевые слова:* репрезентация эмоций, эмоциональная саморегуляция, эмоциональный интеллект, знаково-символическое опосредствование, нервная булимия, нарушения пищевого поведения.

Проблема нарушений пищевого поведения в современной медицине занимает особое место. С каждым годом в России медленно, но неуклонно растет количество людей с разными вариантами патологии пищевого поведения, увеличивается также количество обращений этих больных за врачебной и психологической помощью (Скугаревский, 2003). Нервная булимия (НБ) выступает как одна из основных форм нарушений пищевого поведения и характеризуется трудностью лечения, длительным течением с многочисленными рецидивами, высокой субъективной тяжестью симптомов (Коркина, Цивилько, Марилов, 1986).

Таким образом, актуальность психологического изучения нарушений пищевого поведения обусловлена запросами практики. Решение практических задач требует разностороннего анализа и осмысления механизмов возникновения и развития этих расстройств.

В многочисленных исследованиях, посвященных НБ, большое внимание уделяется *эмоциональным и когнитивным* феноменам, сопровождающим данное заболевание.

Из эмоциональных феноменов исследователи выделяют сопутствующие пищевым нарушениям коморбидные эмоциональные расстройства: депрессию, навязчивые страхи, эмоциональную ла-

---

Работа выполнена под руководством докт. психол. наук В.В. Николаевой.

бильность и т.д. (Коркина, Цивилько, Марилов, 1986). Отмечается, что больные НБ испытывают в среднем больше негативных эмоций, чем здоровые люди (там же). Эмпирически доказанными фактами являются низкая стрессоустойчивость больных с НБ, их уязвимость по отношению к *фрустрации* (Birch, Fisher, 1998), *готовность* к переживанию и ожидание столкновения с негативными чувствами, снижение *эмоциональной экспрессии*, более всего при выражении агрессии (Andersen, 2002). Т. Рутсгел описывает такую эмоциональную особенность больных НБ, как дефицит *контейнирования* чувств — способность переносить, принимать и перерабатывать эмоцию (Rootsgel, Lindenl, 1997).

Эмоциональную сферу больных НБ Д. Огден и Д. Вордли описывают через фенотип *алекситимии*, обнаруживая такие черты, как трудность идентификации и описания внутренних состояний, сложности различения на субъективном уровне чувственных переживаний и телесных ощущений, невозможность их вербального описания (Ogden, Wardle, 1990). Отдельно оцениваются характеристики телесной чувствительности, навыков интроцепции (interoceptive awareness), специальной деятельности по самомониторингу (self-monitoring), которые менее развиты у больных с НБ, чем у здоровых испытуемых (Miller, 1991). В самоописании больных НБ выделяют частое субъективное переживание недифференцированного возбуждения в разных по характеру ситуациях. М. Вервает обозначает этот феномен как эффект «слипания аффекта» (Vervae, Van Heringen, 2000).

Приступы переедания как ведущий симптом при НБ также связаны с текущей эмоциональной динамикой больных. Возникновению булимического приступа переедания часто предшествует появление и нарастание внутреннего напряжения и эмоционального дискомфорта. После окончания приступа вслед за кратковременным периодом эйфории в процессе переедания и вызывания искусственной рвоты наблюдается период тоскливого аффекта с переживанием чувства вины и раскаяния (Цивилько, Брюхин, 2001).

Исходя из этих фактов приступы переедания некоторыми авторами рассматриваются в качестве регулятора эмоциональной жизни больных, обеспечивающего редукцию аффективного напряжения (Hetherington, 2002). Экспериментально доказано увеличение пищевой мотивации больных НБ на фоне переживания умеренного стресса (Cooper, Fairburn, 1992). Многие авторы указывают на изменение состояний голода и насыщения у больных НБ, приобретающих особые характеристики в ощущениях: голод описывается как «волчий», «глубокий», «всеобъемлющий», «сосущий» и т.д., насыщение — как «неприятное», «тяжелое», «глухое» и др.

В исследовании респонденты признавали зависимость усиления чувства голода при переживании тревоги, печали и скуки (de Castro, Elmore, 1990).

В познавательной области у больных НБ обнаруживают общую когнитивную *негибкость* (flexibility), обозначающую сложность переключения между задачами и использования новой информации для решения задач, ригидность установок (Tchantury, 2004).

Т. Мелатски описывает феномен *негативного атрибутивного стиля* при НБ, который обуславливает такие особенности интерпретации причин внешних событий, как глобальность, внутренняя ответственность за неудачи и их постоянность во времени, которые в совокупности приводят к чувству безнадежности и беспомощности (Metalsky et al., 1997). В исследованиях Е.Т. Соколовой и А.Н. Дорожевца выявлены такие специфические характеристики когнитивного стиля больных с нарушениями пищевого поведения, как *недифференцированность* и *полезависимость*, а также снижение когнитивной регуляции аффективных состояний, проницаемость «границы» сознания, в частности нестабильность образа телесного Я для переживаемого аффекта (Дорожевец, 1986; Соколова, 1989).

Таким образом, если анализировать описываемую феноменологию эмоциональной и когнитивной сфер больных НБ и ее интерпретацию в литературе, не складывается целостная картина взаимодействия между этими сферами. Совокупность феноменов выглядит, скорее, как множество независимых нарушений, приписываемых больным НБ по принципу «коллекции», при которой не просматривается единая *модель* их взаимосвязи и отсутствуют общие функциональные *звенья*, связывающие эмоциональные и познавательные процессы.

С одной стороны, в литературе по НБ, имеются описания достаточно разнотипных феноменов эмоциональной сферы: общее снижение настроения вплоть до возникновения депрессии, преобладание негативных эмоций, жесткая связь приступов передания с эмоциональным статусом, трудности выражения эмоций, выборочность при восприятии чувств других людей, сниженная чувствительность и способность к вербализации аффекта в рамках синдрома алекситимии, эффект «слипания аффекта», уязвимость к фрустрации, которые в своем сочетании указывают на сниженную эффективность эмоциональной саморегуляции больных НБ.

С другой стороны, отраженные во множестве публикаций когнитивные особенности больных НБ относятся к эмоциональной сфере в большой степени опосредованно. Согласно теоретическим представлениям, неадекватное когнитивное оценивание и уста-

новки функционируют по простому принципу накопления стресса, приводящего к общей эмоциональной дестабилизации. Когнитивная недифференцированность и полезависимость относятся к внутренним механизмам эмоциональной саморегуляции, однако их предполагаемое влияние неспецифично и независимо от аффективного содержания, модальности чувства, предмета эмоции и т.д.

На наш взгляд, в качестве одного из связующих звеньев, обуславливающих взаимодействие эмоциональной и когнитивной сфер, можно рассматривать *репрезентативную схему эмоций*. Термин «репрезентация» (representation) буквально переводится как «изображение, образ, представление» (Словарь психологических терминов). В своем наиболее общем значении «психическая репрезентация» выступает синонимом «отражения» того или иного аспекта действительности в интрапсихическом плане (Eysenk, Kean, 1997). В общепсихологических концепциях у понятия «репрезентация» или «репрезентативная схема» имеются два основных содержания. Во-первых, репрезентация служит обозначением для приобретенного человеком субъективного опыта, ассимилированного представления об окружающей среде. Во-вторых, сформированная на основе опыта репрезентативная схема становится необходимой интрапсихической функциональной единицей, регулирующей внешнюю и внутреннюю деятельность (там же).

Исходя из этих представлений репрезентация эмоций (РЭ) является функциональным звеном, состоящим из отражения эмоций (установок, представлений, знаний), осуществляющим регуляцию эмоций со стороны когнитивной сферы. С одной стороны, РЭ обуславливает аффективные особенности, с другой — является особой когнитивной структурой, на которую распространяются закономерности познавательной деятельности.

Понятие РЭ играет значительную роль в современных теориях *эмоционального интеллекта и теории психического*.

Понятие «эмоциональный интеллект» определяется как группа ментальных способностей, способствующих осознанию и пониманию собственных и чужих эмоций (Mayer, Di Paolo, Salovey, 1990). В широкую группу этих способностей разные авторы включают: 1) дифференцированность эмоционального понимания собственных и чужих эмоций на разных уровнях — от телесной чувствительности до вербальных представлений; 2) управление собственными эмоциями и эмоциями других людей; 3) эмоциональную гибкость; 4) принятие решения на основе эмоций и т.д. (там же). Эмоциональный интеллект как целостная структура способностей предполагает осуществление саморегуляции аффектов во

внутреннем плане и регуляцию межличностных отношений на основе эмоций. Главным параметром и основой эффективности эмоционального интеллекта является степень эмоционального понимания, заложенного в ментальных репрезентациях эмоций и обуславливающая все остальные способности (Андреева, 2007).

Перед теорией психического (Сергиенко, 2006) стоят более узкие задачи по изучению индивидуальных представлений о внутреннем мире других людей. Ключевым принципом является представление о поэтапном формировании ментальных репрезентаций, выделяются этапы в зависимости от характера информации, содержащейся в интрапсихической схеме: подражательные действия, аффективное закрепление, довербальные символические и вербальные представления (там же). Соответственно в теории психического репрезентативная схема эмоций рассматривается как структура, состоящая из разных уровней: чувственного, символического, вербального (там же).

Понятие РЭ также имеет существенное значение для разрабатываемой в рамках культурно-исторической концепции проблемы *единства аффекта и интеллекта* и культурного развития эмоций.

Согласно представлениям Л.С. Выготского, более высокий уровень развития интеллектуальных процессов выступает прямой детерминантой дифференциации эмоций. Переход к образному мышлению дает возможность «обобщения чувств» и возникновения сложных аффективных образований (Выготский, 2000), абстрактное мышление меняет динамику аффекта к более «тонкому» и «мягкому» его протеканию, приводит к более глубокому познанию и упорядочению мира собственных переживаний (там же).

Как условие «проникновения» высших интеллектуальных процессов в аффективную сферу рассматривают процесс *знаково-символического опосредствования*. Содержание понятия «знаково-символическое опосредствование» конкретизируется в понятии «означение» или «означивание». Применительно к эмоциональной сфере механизм знаково-символического опосредствования описывается как процесс означения мимических, двигательных, физиологических признаков состояния ребенка в терминах эмоций (Тхостов, Колымба, 1999).

РЭ, обозначаемые термином «эмоциональный образ», становились предметом исследования в трудах А.В. Запорожца и в работах Л.М. Веккера, устанавливающих закономерность, согласно которой символический и метафорический язык репрезентаций, в отличие от прямых наглядных образов, соответствует более высокому культурному уровню, большей дифференциации и «богатству» эмоциональной сферы (Веккер, 1998).

Таким образом, обобщая представления о РЭ, можно сделать вывод о том, что данное понятие имеет большую эвристическую ценность для изучения механизмов психических нарушений при НБ. Репрезентативная схема эмоций может выступать как функциональное *звено*, осуществляющее взаимодействие между когнитивной и аффективной сферами, необходимое для конструирования целостной модели, учитывающей известные феномены при НБ. Изучение РЭ допускает, во-первых, оценку *структурных характеристик* различных уровней: чувственного, символического, вербального; во-вторых, качественный анализ *смыслового содержания* репрезентации эмоций. РЭ также позволяет оценить ведущий параметр эмоционального интеллекта — понимание эмоций в двух планах: 1) репрезентацию *собственных переживаний*, что в большей степени относится к саморегуляции, и 2) репрезентацию *эмоций других людей*, относящуюся к регуляции межличностных отношений.

Таким образом, с учетом описанной проблемы и теоретического обзора представляется важным проведение эмпирического исследования репрезентаций эмоций у больных с НБ.

Актуальность исследования обусловлена тем, что множество описанных выше эмоциональных и когнитивных феноменов при НБ не увязаны друг с другом, что в свою очередь затрудняет развитие научного понимания, ведет к «растворению» целостности картины нарушений среди теорий низкого ранга. Изучение особой психической сущности — репрезентации эмоций, которые ранее не выступали в качестве предмета исследований при НБ, — позволяет преодолевать узкий, односторонний или коллекционирующий, эклектичный характер современных концепций НБ. Данное исследование предполагает использование наработок различных теоретических направлений: когнитивной традиции, психодинамических концепций, традиций отечественной психологии.

**Цель** исследования — комплексное изучение репрезентации эмоций больных нервной булимией в сравнении с репрезентациями здоровых испытуемых на уровне интрацептивных ощущений, символических образов, невербальных реакций и вербальных представлений как собственных эмоций, так и эмоций других людей, а также анализ их взаимосвязи между собой.

**Задачи:** 1. Разработка комплекса методик для эмпирического исследования репрезентации эмоций. 2. Проведение эмпирического исследования в группе больных НБ и группе здоровых испытуемых. 3. Анализ нарушения разных уровней репрезентации эмоций при НБ в сравнении со здоровыми испытуемыми. 4. Выделение факторов нарушений репрезентации эмоций у больных НБ.

*Гипотезы:* 1. Репрезентации эмоций у больных нервной булимией значительно отличаются от репрезентаций эмоций здоровых испытуемых. 2. Структура нарушений репрезентаций эмоций у больных нервной булимией неоднородна, разные уровни репрезентации эмоций при НБ нарушены в различной степени выраженности.

*Испытуемые.* Экспериментальная группа (ЭГ) состояла из 50 человек. Больные — женщины в возрасте 17—35 лет с диагнозами «нервная булимия» (37 чел.) и «нервная анорексия с булимическими расстройствами» (13 чел.), проходившие лечение на базах 14-й ПБ, Клиники неврозов им. З.П. Соловьева и 33-й ГKB им. проф. А.А. Остроумова.

Контрольная группа (КГ) состояла из 60 испытуемых женского пола в возрасте 17—35 лет. Критерием отбора было отсутствие на момент обследования острых или хронических заболеваний. Группы испытуемых были уравнены по возрастному и образовательному уровню.

## **Методики**

В исследовании использовались: методика «Рисунок чувств», «Рисуночный апперцептивный тест» (РАТ), «Психосемантический анализ эмоций и ощущений» (ПАЭО)<sup>1</sup>. Принципом отбора методик служило их соответствие заявленной цели исследования. Из статистических процедур был проведен сравнительный анализ с применением непараметрических критериев Манна—Уитни и анализ корреляционных взаимосвязей с применением непараметрического критерия Спирмена. Статистический анализ проводился с использованием программы SPSS 11.

**Методика «Рисунок чувств»** является авторской и направлена на изучение репрезентаций эмоций, символического изображения, графических показателей образа, а также особенностей эмоционального переживания при вспоминании об эмоциогенной ситуации.

*Процедура.* Во время эксперимента испытуемым после проведения беседы предлагалось нарисовать чувства по порядку: «гнев»; «смущение»; «вина»; «голод»; «печаль»; «радость»; «тревога». Испытуемые могли использовать либо все возможные цвета, либо только один цвет, исходя из собственного желания и настроения. После того как рисунок чувства был готов, испытуемого просили описать это чувство, затем отдельно описать телесные ощущения при переживании этого чувства, наконец, рассказать о ситуации, в которой переживание этого чувства для испытуемого было наибо-

---

<sup>1</sup> Представленные результаты являются частью обширного системного исследования механизмов эмоциональной регуляции больных с НПП.

лее интенсивным и продолжительным. Для оценки особенностей переживания (модальности, интенсивности) использовался протокол наблюдения за невербальной эмоциональной экспрессией, являющийся авторской модификацией протокола, применяемого в исследовании невербального поведения для определения нетипичного эмоционального состояния (Пономарева и др., 2001).

*Параметры оценки.* В первую очередь оценивался общий параметр **дифференцированности** эмоционального понимания, который конкретизировался в следующих показателях: а) количестве перечисленных признаков эмоции; б) описаниях телесных ощущений при переживании эмоции; в) количестве деталей в рисуночном образе; г) стереотипности/дифференцированности и разнообразии использованных типов рисуночного образа; д) количестве использованных цветов; е) предпочитаемых рисуночных образов. Для подсчета количества признаков использовался контент-анализ высказываний испытуемых, где единицами являлись отдельные прилагательные, существительные, глаголы, отдельные целостные формулировки («как у маленьких детей», «похоже на вулкан» и т.д.).

Во вторую очередь оценивались метакогнитивные или проективные характеристики рисуночного образа и переживания, демонстрирующие общую **актуальность и напряженность** отдельных эмоциональных переживаний, которые конкретизировались в следующих показателях: 1) графических характеристиках: а) цветовой насыщенности образа; б) штриховке; в) нажиме; г) размере (на фоне других образов в рамках одной методики); 2) интенсивности и качественных особенностях переживания. Для оценки выраженности показателей использовалась общая четырехбалльная номинативная шкала: 0 — слабая выраженность, 1 — средняя выраженность, 2 — сильная выраженность, 3 — крайняя выраженность.

**Методика «Рисуночный Апперцептивный Тест»** (Собчик, 2005).

*Процедура.* В безоценочной атмосфере испытуемому демонстрировались картинки по порядку, и при этом ему предлагалось рассказать свою версию о том, что происходит на картинке.

Оценивались такие показатели, как: 1) *эмотивность* — количество упоминаний в рассказах чувств и переживаний персонажей и 2) *рациональность* — количество упоминаний суждений, мыслей героев рассказов.

Данный показатель позволяет проанализировать условия эмоциональной компетентности и межличностной регуляции.

**Методика «Психосемантический анализ эмоций и ощущений»** (ПАЭО) необходима для исследования семантического пространства эмоций и ощущений, интрацептивного словаря эмоций у больных НБ в сравнении с нормой. ПАЭО является авторской моди-



фикацией методики экспериментального исследования категориальных структур индивидуального сознания (Петренко, 2005) и состоит из списков эмоций (25) и ощущений (33).

*Процедура.* Испытуемому предлагалось оценить по шкале от 1 до 5 связь между каждой эмоцией и каждым ощущением с целью определить, насколько выбранная эмоция сопровождается тем или иным ощущением.

Результаты методики ПАЭО состоят из: 1) семантической нагруженности телесных ощущений и эмоций человека; 2) размерности семантического пространства.

Размерность семантического пространства оценивалась по количеству факторов внутри семантического пространства (чем больше количество факторов, тем больше когнитивная дифференцированность), соотношению факторов внутри семантического пространства по величине долей дисперсии (чем больше доминирование одного или двух факторов, тем меньше когнитивная дифференцированность), числу положительных и отрицательных корреляций между факторами внутри семантического пространства (чем больше количество корреляций между факторами, тем меньше когнитивная дифференцированность).

## Результаты и обсуждение

**1. Методика «Рисунок чувств».** По уровню детализации образа, общего описания и описания телесных признаков всех эмоций были получены значимые различия между больными (ЭГ) и нормальными (КГ) испытуемыми (табл. 1). Таким образом, для боль-

Таблица 1  
**Методика «Рисунок чувств»: средние значения показателей дифференцированности эмоционального понимания в группах больных (ЭГ) и нормальных (КГ) испытуемых**

Показатели		ЭГ	КГ	t
Детализированность	Рисунок*	5.58	7.37	0
	Описание*	27.82	39.28	0
	Тело*	12.1	14.37	0.031
Разнообразие образа*		2.64	4.18	0
Цвет*		4.36	5.75	0.002
Тип образа	Символ_лицо*	3.48	2.32	0
	Метафора*	1.18	3.73	0
	Атрибут*	1.28	2.13	0
	Экспрессия	1.22	0.75	0.849
	Абстракт	0.08	0.03	0.285

*Примечание.* Звездочкой обозначены различия, достигающие уровня значимости  $p < 0.05$ .

ных НБ характерно использование меньшего количества признаков в описании чувств, телесных признаков эмоции, меньшая детализированность рисуночного образа. У них выявлена тенденция использовать более однотипные рисуночные образы в рамках одного задания и меньшее количество цветов. Больные НБ в целом предпочитали рисовать образы символической экспрессии, в основном мимику, улыбку, слезы и т.д. и в меньшей степени использовать метафоры для описания чувств и атрибутивные образы (ситуацию или предмет, вызывающий эмоцию).

Символическая экспрессия, согласно проведенным исследованиям (Дорфман, 1997), является наиболее инвариантным и универсальным символом, менее всего опирающимся на индивидуальный опыт человека, в то время как использование метафор больше соответствует индивидуальному развитию, большому ассортименту средств эмоционального выражения и т.д. (Подпругина, Блинникова, 2002).

В структуре метакогнитивных компонентов существенные различия между больными НБ и здоровыми испытуемыми были выявлены в основном в интенсивности переживания эмоций, тогда как графические различия были статистически незначимыми. Сильная интенсивность переживания эмоций у больных НБ касалась в основном негативных чувств: вины, гнева, печали. Часто подобное переживание после актуализации сохранялось, и последующие задания, рассказ о других эмоциогенных ситуациях носили его отпечаток. Наиболее интенсивным и статистически значимым переживанием в экспериментальной группе было переживание *вины* — достаточно открытое, осознаваемое, сопровождаемое специфичной для вины мимической экспрессией и жестами ( $\Delta\Gamma=2.14$ ,  $K\Gamma=1.42$ ). Следующим по выраженности было переживание *гнева*, которое у больных НБ, не осознаваясь в полной мере, не сопровождаясь полным набором специфических мимических и жестикulatoryных признаков, выражалось, скорее, в высокой степени общего напряжения, сопровождающегося скованностью ( $\Delta\Gamma=1.9$ ,  $K\Gamma=1.62$ ). Наконец, для больных НБ было характерно более сильное переживание *печали* ( $\Delta\Gamma=1.76$ ,  $K\Gamma=1.15$ ), чем в контрольной группе.

По графическим признакам статистические различия были получены в показателях цветовой насыщенности образа вины ( $\Delta\Gamma=1.88$ ,  $K\Gamma=1.38$ ) и в меньшем размере рисуночного образа радости у больных ( $\Delta\Gamma=0.94$ ,  $K\Gamma=1.15$ ). Поскольку тенденция изображать радость крупнее остальных образов эмоций доказана для нормальных испытуемых независимо от возраста (Подпругина, Блинникова, 2002), данный факт свидетельствует, что в жизни у

больных НБ меньше актуальных позитивных переживаний, чем у здоровых испытуемых.

**2. Методика «Рисуночный апперцептивный тест».** Результаты методики РАТ выглядят следующим образом: у больных НБ не выявлено значимых различий по показателям эмотивности и рациональности в сравнении с группой нормы ( $\text{ЭГ}=1.02$ ,  $\text{КГ}=1.28$ ), ( $\text{ЭГ}=4.38$ ,  $\text{КГ}=4.4$ ). Таким образом, больные НБ в целом не отличаются от здоровых испытуемых в плане оценки эмоций других людей как основы эмоциональной компетентности.

**3. Методика ПАЭО.** Результаты исследования семантики эмоциональных явлений состоят из: а) описания семантических пространств структуры эмоционального опыта экспериментальной и контрольной группы; б) сравнения параметров семантических пространств экспериментальной и контрольной группы по общему соотношению факторов.

### **3.1. *Общее описание семантических пространств***

**ЭГ.** Факторный анализ первичных данных методики ПАЭО выявил общее для экспериментальной группы семантическое пространство эмоций и ощущений, состоящее из 5 факторов, объясняющих 85.26% дисперсии. Факторы семантического пространства экспериментальной группы получили следующую интерпретацию: 1) фактор *неприятных переживаний, связанных с негативными агрессивными чувствами* (доля дисперсии — 54.5%); 2) фактор *приятных переживаний* (15.95%); 3) фактор *социальной слабости* (6.36%); 4) фактор *энергии и возбуждения* (4.45%); 5) фактор *тревоги и страха* (4%).

**КГ.** В общем семантическом пространстве группы выявлено 6 факторов, объясняющих 89.4% дисперсии. Факторы были проинтерпретированы как: 1) фактор традиционных негативных переживаний (45.87%); 2) фактор приятных переживаний (19.2%); 3) фактор возбуждения и агрессии (10.5%); 4) фактор тревоги и страха (5.8%); 5) фактор волнения (4.4%); 6) фактор социальной слабости (3.52%).

### **3.2. *Сравнение содержательных параметров семантических пространств***

Результаты корреляции факторных значений демонстрируют существенную похожесть семантических пространств, близкую связь обозначенных факторов. При этом наблюдаются содержательные особенности каждого из пространств.

1) В ЭГ доминирующим оказался фактор негативных переживаний, связанных в первую очередь с агрессивными, социально порицаемыми чувствами («раздражение», «гнев», «зависть», «неприязнь»). Семантическая нагруженность оценочными ощущениями

ями («противный», «плохо») данных чувств существенно выше, чем в группе нормы, так же как и тягостными («страдание», «изнуряющий»). В семантическом пространстве **КГ** первый фактор представляет собой более широкий набор традиционных негативных чувств: печаль, обида, вина, стыд. При этом агрессивные чувства испытуемых оказались связанными в рамках третьего фактора с ощущениями подъема, возбуждения и т.д.

Таким образом, интрацептивный словарь телесных ощущений при переживании агрессивных чувств больными **НБ** характеризуется большей субъективной тяжестью, неприятностью, негативной оценкой, чем у здоровых испытуемых. Данный феномен можно проинтерпретировать в рамках описанной общей тенденции по сложности выражения и по переживанию агрессии у больных **НБ**.

2) В семантическом пространстве **ЭГ** более высокую семантическую нагруженность имеет фактор социальной слабости, связанный с такими чувствами как «стыд», «страх», «смущение» и ощущениями «онемения», «слабости», что может обозначать более высокую актуальность и выраженность социальной слабости среди больных **НБ**. При этом в **КГ** большую значимость имеет фактор тревоги и страха, хотя это не согласуется с данными о повышенной тревожности больных **НБ**.

3) Семантические связи состояний голода и насыщения в пространстве **ЭГ** выглядят следующим образом. Переживание «*голод*» находится в рамках 5-го фактора тревоги и страха. Интерпретировать данный факт можно двояким образом: а) приступы переедания у больных **НБ** являются *следствием* и компенсацией состояния тревоги; б) тревога возникает из-за потери *контроля* во время данных приступов. Интрацептивный словарь состояния голода формируется из ощущений «зуда», «холода», «дрожь» и т.д.

В **КГ** переживание «голод» находится на отрицательном полюсе 3-го фактора энергии и агрессии (т.е. отрицательно связано с агрессивными чувствами), а также в рамках 6-го фактора социальной слабости (т.е. противоположно таким чувствам, как «решимость», «невозмутимость»). Обобщая, можно сделать вывод о том, что в семантическом пространстве здоровых испытуемых голод связан со слабостью, мягкостью, неагрессивностью.

«Насыщение» в семантических пространствах обеих групп находится в составе фактора приятных переживаний. В рамках приятных ощущений и позитивных чувств, многие из которых связаны с социальным взаимодействием (нежность, симпатия), «насыщение» получает позитивную оценку и отражает позитивное социальное взаимодействие.

**Сравнение показателей дифференцированности семантических пространств в группах больных (ЭГ) и нормальных (КГ) испытуемых**

Показатели дифференцированности		ЭГ	КГ
Количество факторов		5	6
Доля дисперсии (в %)	1-й фактор	54.5	45.87
	2-й фактор	15.95	19.2
	3-й фактор	6.36	10.5
	4-й фактор	4.45	5.8
	5-й фактор	4.0	4.4
	6-й фактор	—	3.52
Число положительных корреляций		3	3
Число отрицательных корреляций		4	3

### **3.3. Сравнение дифференцированности семантических пространств**

Данные, приводимые в табл. 2, демонстрируют, что семантическое пространство структуры эмоционального телесного опыта ЭГ значительно менее дифференцировано по сравнению с семантическим пространством КГ по таким показателям, как количество факторов, пропорциональное соотношение факторов (по долям дисперсии) и количество корреляций факторов внутри семантического пространства.

#### **Выводы**

Структурные характеристики репрезентации эмоций больных НБ отличаются от здоровых испытуемых меньшей общей детализированностью как на вербальном, так и на символическом и телесном уровнях. На это указывает бедность в описании переживаний, меньшее количество признаков, деталей в рисунке, большая однотипность образов, узость интрацептивного словаря и размерность семантического пространства ощущений и чувств. Данные феномены входят в общий параметр когнитивного стиля — когнитивную *дифференцированность*, которая, согласно полученным данным, «пронизывает» все уровни репрезентативной схемы эмоций. Таким образом, феномен низкой когнитивной дифференцированности, обнаруженный в предыдущих исследованиях нарушений пищевого поведения (Дорожевец, 1986; Соколова, 1989), оказывает свое влияние на репрезентацию эмоций как на звено саморегуляции.

Наибольший разрыв в показателях ЭГ и КГ был выявлен на уровне вербального описания эмоций, который, следовательно,

можно рассматривать как наиболее дисфункциональный уровень репрезентации при НБ. Вместе с такой особенностью символической репрезентации, как сниженная метафоричность образов эмоций, этот факт демонстрирует низкую когнитивную *сложность* репрезентативной схемы эмоций, что означает существенно меньшее влияние высшего уровня мышления и рефлексии на представление об эмоциях у больных НБ, чем у здоровых испытуемых.

Результаты методики РАТ и рисунка чувств в целом демонстрируют сохранную способность больных НБ по восприятию и опознаванию эмоций других людей, что указывает на адекватную эмоциональную компетентность в межличностном общении при сниженной эффективности саморегуляции собственных аффектов.

Малый процент атрибутивных образов у больных НБ в соотношении со здоровыми испытуемыми может выступать показателем эмоционального понимания причин и ситуаций, детерминирующих возникновение тех или иных чувств. Ухудшение атрибуции чувств может также указывать на нарушения *предметности* аффекта, ведущего к снижению субъектности и произвольного контроля переживания (Тхостов, Колымба, 1999).

Наконец, были выявлены содержательно-смысловые особенности репрезентации эмоций у больных НБ на уровне непосредственно наблюдаемого переживания, в цветовых и графических показателях рисунков, изображающих чувства, и в содержательных семантических связях.

У больных НБ обращают на себя внимание репрезентация агрессивных чувств, связанных с негативными оценками и актуальными трудностями выражения. Данный результат может быть индикатором подавления собственной агрессии при социальном взаимодействии, что ведет к дисфункциям и нарушению свободного протекания эмоций.

Переживание голода оказались связаны у больных НБ с переживанием тревоги и страха.

Обобщая все полученные результаты, можно сделать вывод о том, что при НБ существуют два основных фактора, воздействующих через репрезентацию эмоций на аффективную саморегуляцию. Во-первых, это такие параметры когнитивной регуляции, как дифференцированность и сложность, которые менее развиты у больных НБ при наибольшей дисфункции уровня вербальных представлений. Данные особенности обуславливают нарушения предметности и атрибутивности эмоций, затрудняющие процесс аффективной саморегуляции. Этот фактор указывает на сниженную способность к рефлексии собственных эмоциональных переживаний у больных НБ. Во-вторых, это содержательные особенно-

сти РЭ — смысловые оценки и когнитивные установки, обуславливающие особенности переживания агрессивных чувств и состояние голода на фоне большей выраженности печали и вины, снижения радости, что является индикатором общей неэффективности эмоциональной саморегуляции больных НБ.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Андреева И.Н.* Предпосылки развития эмоционального интеллекта // *Вопр. психол.* 2007. № 5. С. 57—65.
- Веккер Л.М.* Психика и реальность. Единая теория психических процессов. М., 1998.
- Выготский Л.С.* Психология. М., 2000.
- Дорожевец А.Н.* Искажение образа физического Я у больных ожирением и нервной анорексией: Автореф. ... канд. психол. наук. М., 1986.
- Дорфман Л.Я.* Эмоции в искусстве: теоретические подходы и эмпирические исследования. М., 1997.
- Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В.* Нервная анорексия. М., 1986.
- Кулаков С.А.* Основы психосоматики. СПб., 2003.
- Николаева В.В., Арина Г.А.* От традиционной психосоматики к психологии телесности // *Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология.* 1996. № 2. С. 8—18.
- Николаева В.В., Арина Г.А.* Клинико-психологические проблемы психологии телесности // *Психол. журн.* 2003. Т. 24. № 1.
- Петренко В.Ф.* Основы психосемантики. Смоленск, 1997.
- Подпругина В.В., Блинникова И.В.* Ментальные репрезентации эмоций у учащихся общеобразовательной школы // *Психол. журн.* 2002. Т. 23. № 3. С. 31—43.
- Пономарева И.П., Павлова Е.Н., Овчинников В.В., Жуков Ю.М.* Невербальное поведение и его значение в определении нетипичного эмоционального состояния человека. М., 2001.
- Сергеенко Е.А.* Раннее когнитивное развитие: новый взгляд. М., 2006.
- Скугаревский О.А.* Классификационные критерии нарушений пищевого поведения и сопряженные поведенческие проявления // *Психотерапевт. и клин. психол.* 2003. № 2 (7). С. 25—29.
- Собчик Л.Н.* Психология индивидуальности: Теория и практика психодиагностики. М., 2005.
- Соколова Е.Т.* Особенности самосознания и самооценки при расстройствах личности. М., 1989.
- Тхостов А.Ш.* Психология телесности. М., 2002.
- Тхостов А.Ш., Колымба И.Г.* Феноменология эмоциональных явлений // *Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология.* 1999. № 2. С. 3—13.
- Цивилько М.А., Брюхин А.Е.* Характеристика агрессивных проявлений у больных нервной анорексией. М., 2001.
- Andersen A.* Rethinking the DSM-IV diagnosis of eating disorders // *Eating Disorders.* 2002. Vol. 10. P. 177—180.
- Birch L.L., Fisher J.O.* Development of eating behaviors among children and adolescents // *Pediatrics.* 1998. Vol. 101. P. 539—549.
- Castro J. de , Elmore D.K.* Subjective hunger relationships with meal patterns in the spontaneous feeding behavior of humans: evidence for causal connection // *Int. J. of Eating Disorders.* 1990. Vol. 49. N 5. P. 366—382.

*Cooper M.J., Fairburn C.M.* Thoughts about *eating*, weight and shape related words in bulimia nervosa // *J. of Abnorm. Psychol.* 1992. Vol. 101. P. 352—355.

*Eysenk M.W., Kean M.T.* Cognitive psychology: A student's handbook. 1997. P. 204—206.

*Hetherington M.M.* The physiological-psychological dichotomy in the study of food intake // *Nutrition in Soc. Life.* 2002. N 61. P. 44—58.

*Mayer J.D., Di Paolo M., Salovey P.* Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: a component of emotional intelligence // *J. of Person. Assess.* 1990. Vol. 54. N 3, 4. P. 772—781.

*Metalsky T., Joiner Jr., Stephen A., Wonderlich T.* When will bulimics be depressed and when not? The moderating role of attributional style // *Cogn. Therapy and Res.* 1997. Vol. 21. N 1. P. 61—72.

*Miller M.* Understanding the eating-disordered patient: engaging the concrete // *Bull. of the Menninger Clinic.* 1991. Vol. 55. P. 85—95.

*Ogden J., Wardle J.* Cognitive restraint and sensitivity to cues for hunger and satiety // *Physiol. and Behav.* 1990. Vol. 47. N 3. P. 477—481.

*Rootsgel T., Lindenl V.* Emotional mechanisms of feeding // *Cogn. Therapy and Res.* 1997. Vol. 23. N 5. P. 76—91.

*Tchantury K.* Cognitive flexibility in anorexia nervosa and bulimia nervosa // *J. of the Int. Neuropsychol. Soc.* 2004. Vol. 10. P. 513—520.

*Vervaet M., Van Heringen C.* Eating style and weight concerns in young females // *Eating Disorders.* 2000. Vol. 8. P. 233—246.

Поступила в редакцию  
16.07.07