

ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.99

EDN QDQXWB

DOI: 10.17072/2949-5601-2025-4-66-77



Продовикова Анастасия Геннадьевна,

кандидат психологических наук,
доцент кафедры общей и клинической психологии

Пермский государственный
национальный исследовательский университет

614068, г. Пермь, ул. Букирева, 15

arilama@yandex.ru

SPIN-код: 2172-2115

Храмченкова Ксения Владимировна,

студент специальности «Клиническая психология»

Пермский государственный
национальный исследовательский университет

614068, г. Пермь, ул. Букирева, 15

hramchenkovaksenija@mail.ru

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ДИСРЕГУЛЯЦИИ И САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

В статье представлены результаты эмпирического исследования особенностей эмоциональной дисрегуляции и самоповреждающего поведения у лиц с риском развития расстройств пищевого поведения (РПП). Выборка состоит из 75 человек в возрасте от 18 до 63 лет, среди которых 89,3% женщин и 10,7% мужчин. Для проверки гипотез о наличии различий в изучаемых показателях у лиц с высоким и низким риском РПП, а также взаимосвязей между ними использовались: Опросник пищевых предпочтений (EAT-26), Опросник эмоциональной дисрегуляции Н.А. Польской, Торонтская Алекситимическая шкала (TAS-20) и Шкала причин самоповреждающего поведения Н.А. Польской. Показано, что лица с высоким риском РПП чаще прибегают к инструментальным и соматическим самоповреждениям. Выявлены прямые взаимосвязи между трудностью идентификации чувств и компонентами дисрегуляции эмоций (руминациями, склонностью к ментализации и избеганию эмоциогенных переживаний). Обнаружены положительные корреляции самоповреждающего поведения с показателем Алекситимии – затруднениями в идентификации чувств, а также с компонентами эмоциональной дисрегуляции. Таким образом, трудности идентификации чувств запускают проблемы с регуляцией эмоций, что приводит к накоплению напряжения, которое разряжается через самоповреждения. Полученные результаты могут быть использованы при разработке программ психопрофилактики и коррекции эмоциональной дисрегуляции у лиц с риском развития РПП.

Ключевые слова: расстройства пищевого поведения (РПП), эмоциональная дисрегуляция, Алекситимия, несуицидальное самоповреждающее поведение (НССП)

Ссылка для цитирования: Продовикова А.Г., Храмченкова К.В. Особенности эмоциональной дисрегуляции и самоповреждающего поведения у лиц с риском развития расстройств пищевого поведения // Социальные и гуманитарные науки: теория и практика. – 2025. – № 4(15). – С. 66–77. <http://dx.doi.org/10.17072/2949-5601-2025-4-66-77> EDN QDQXWB

Anastasia G. Prodovikova,

PhD in Psychology,

Associate Professor of the Department of General and Clinical Psychology

Perm State University

15, Bukireva str., Perm, 614068

arilama@yandex.ru

SPIN code: 2172-2115

Ksenia V. Kramchenkova

Student of the Specialty "Clinical Psychology"

Perm State University

15, Bukireva str., Perm, 614068

hramchenkovaksenija@mail.ru

FEATURES OF EMOTIONAL DYSREGULATION AND SELF-HARMING BEHAVIOR IN INDIVIDUALS AT RISK OF DEVELOPING EATING DISORDERS

This article presents the results of an empirical study of the characteristics of emotional dysregulation and self-harming behavior in individuals at risk of developing eating disorder. The sample consists of 75 people aged 18–63, of whom 89.3% are women and 10.7% are men. To test the hypotheses about the differences in the studied indicators in individuals with high and low risk of eating disorder, as well as the relationships between them, the following were used: the Eating Attitudes Test (EAT-26), Emotional Dysregulation Questionnaire (by N.A. Polskaya), the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), and Scale of Reasons for Self-Injurious Behavior (by N.A. Polskaya). It has been shown that people at high risk of ED are more likely to resort to instrumental and somatic self-harm. Positive correlations between the difficulty of identifying feelings and the components of emotion dysregulation (rumination, tendency to mentalize and avoidance of emotional experiences) have been revealed. Positive correlations of self-harming behavior with the index of alexithymia – difficulties in identifying feelings, as well as with components of emotional dysregulation – were found. Thus, difficulties in identifying feelings trigger problems with emotion regulation, which leads to the accumulation of tension, which is discharged through self-harm. The results obtained can be used in the development of programs for psychoprophylaxis and correction of emotional dysregulation in individuals at risk of developing eating disorder.

Keywords: eating disorder (ED), emotional dysregulation, alexithymia, non-suicidal self-harming behavior.

For citation: Prodovikova A.G., Kramchenkova K.V. [Features of emotional dysregulation and self-harming behavior in individuals at risk of developing eating disorders]. *Social'nye i gumanitarnye nauki: teoriya i praktika* [Social Sciences and Humanities: Theory and Practice], 2025, issue 4(15), pp. 66–77 (In Russian), <http://dx.doi.org/10.17072/2949-5601-2025-4-66-77>, EDN QDQXWB

Введение

Актуальность исследования особенностей эмоциональной дисрегуляции и самоповреждающего поведения у лиц с риском развития расстройств пищевого поведения (РПП) обусловлена комплексом медико-социальных, научно-теоретических и практических факторов. В современном мире наблюдается устойчивый рост распространенности РПП, которые приобретают характер масштабной проблемы общественного здоровья. Эти расстройства, к которым относятся нервная анорексия, нервная булимия и компульсивное переедание, характеризуются не только устойчивыми дезадаптивными паттернами питания и искаженным восприятием образа тела, но и высоким уровнем коморбидности с аффективными, тревожными расстройствами, а также повышенным риском суицидального поведения [14]. Тяжелые соматические последствия РПП, включающие сердечно-сосудистые, эндокринные и гастроэнтерологические нарушения, приводят к значительной

дезадаптации, снижению качества жизни и высокой летальности, что определяет необходимость поиска эффективных путей их раннего выявления и профилактики.

Проблема исследования заключается в недостаточной изученности комплекса взаимосвязей между эмоциональной дисрегуляцией, алекситимией и самоповреждающим поведением у лиц с риском развития РПП. Особую значимость в этом контексте приобретает изучение не клинических, а субклинических форм нарушений, то есть состояний риска развития РПП. Лица, находящиеся в «группе риска», демонстрируют выраженные паттерны дисфункционального пищевого поведения и негативную оценку тела, однако еще не соответствуют полным диагностическим критериям РПП по МКБ-10 или DSM-5. Исследование данной группы является ключевым с точки зрения превентивной психологии, так как позволяет идентифицировать мишени для раннего психологического вмешательства. Внимание исследователей все больше смещается с изучения собственно пищевой симптоматики к анализу глубинных психологических механизмов, лежащих в основе этих нарушений. Среди таких механизмов центральное место занимают нарушения в эмоциональной сфере.

Эмоциональная дисрегуляция представляет собой нарушение способности управлять интенсивностью, продолжительностью и выражением эмоциональных реакций. Данный феномен рассматривается как ключевой фактор в развитии и поддержании различных психологических расстройств, включая расстройства пищевого поведения. Понимание природы эмоциональной дисрегуляции требует анализа как нормативных процессов эмоциональной регуляции, так и механизмов их нарушения.

Позитивные эмоциональные переживания способствуют мобилизации волевых ресурсов и эффективному достижению целей, тогда как отрицательные эмоциональные состояния часто приводят к снижению психологической устойчивости и энергетическому истощению. Согласно модели Н. Гарневски и ее коллег, когнитивная регуляция эмоций представляет собой процесс, активируемый в стрессовых условиях и позволяющий индивиду сохранять контроль над своим эмоциональным состоянием с помощью когниций [2]. Осознанное использование когнитивных стратегий дает возможность целенаправленно влиять на собственное эмоциональное состояние, рационально распределять психические ресурсы и осуществлять продуктивную деятельность.

Современные исследования рассматривают механизмы копинг-стратегий как динамичные процессы психической регуляции. Согласно концепции Р. Лазаруса, устойчивые паттерны совладающего поведения кристаллизуются в относительно стабильные копинг-стратегии, формирующие личностный стиль реагирования на стресс. Выделяются два типа копинг-поведения: проблемно-фокусированный (направленный на устранение стрессогенного фактора) и эмоционально-фокусированный (ориентированный на регуляцию аффективного напряжения).

В современных исследованиях оба типа копинг-стратегий анализируются в рамках парадигмы эмоциональной регуляции, поскольку именно эмоциональное возбуждение выступает ключевым триггером активации механизмов совладания. Н. Айзенберг и Р. Фэйбес разработали интегративную модель, выделяющую три аспекта эмоциональной регуляции в стрессовых ситуациях: регуляцию субъективных эмоциональных переживаний, регуляцию поведенческих проявлений эмоций и регуляцию эмоциогенного контекста [8].

Концепция эмоциональной регуляции описывает когнитивные механизмы, опосредующие возникновение и проявление эмоциональных реакций. Эти механизмы включают инициацию, модуляцию или подавление различных компонентов эмоционального реагирования. Как отмечает Н.А. Польская: «...мы определяем эмоциональную регуляцию в широком смысле как систему, объединяющую динамические и структурные характеристики, связанные с модуляцией

эмоций, их идентификацией, оценкой и выражением, способностью контролировать эмоции и согласовывать их с ситуацией и целями...» [6, С. 72–73].

Стратегии эмоциональной регуляции включают два процесса: ранние и поздние стратегии [9]. Ранние стратегии представляют собой воздействие на механизмы, предшествующие эмоциональному ответу: ситуационная селекция, изменение ситуации, селекция внимания и когнитивные механизмы переоценки. Поздние стратегии ориентированы на трансформацию уже сформированного эмоционального отклика и включают подавление, торможение, маскирование эмоций.

Эмоциональная дисрегуляция возникает при нарушении этих процессов. По определению Н.А. Польской, это «репрессивная система контроля над эмоциями, направленная на снижение негативных последствий действия разрушительных эмоций посредством их игнорирования, подавления или уклонения от них» [6, с. 74].

K.L. Gratz и L. Roemer определяют эмоциональную дисрегуляцию как многоаспектный феномен, включающий в себя сниженную способность к осознанию и принятию собственных переживаний; ограниченный репертуар адаптивных механизмов регуляции; низкую толерантность к эмоциональному дискомфорту; нарушения продуктивной деятельности в условиях эмоционального напряжения [11].

P.M. Cole и S.E. Hall рассматривают эмоциональную дисрегуляцию как системное нарушение, включающее три компонента: неэффективность саморегуляции, поведенческую дезадаптацию и рассогласованность эмоционального отклика с требованиями ситуации [10].

Среди современных моделей эмоциональной регуляции можно выделить модель Джеймса Гросса, выделяющую стратегии, предшествующие реакции и фокусированные на реакции [12]. Модель эмоциональных схем Роберта Лихи описывает убеждения и стратегии, связанные с собственными эмоциями или эмоциями других, которые при патологическом способе совладания становятся дезадаптивными [14]. М. Линехан акцентирует дефицит осознанного контроля над компонентами эмоциональной реакции на фоне повышенной эмоциональной реактивности [16].

В данном исследовании мы опираемся на когнитивную модель Н.А. Польской, рассматривающую эмоциональную дисрегуляцию как следствие нарушенного взаимодействия между когнитивными и эмоциональными компонентами системы саморегуляции [4]. Модель включает два параметра: импульсивность/риgidность аффективных реакций (высокая реактивность, низкая дифференциация переживаний, фиксация на негативных состояниях) и когнитивные искажения/дефициты (неадаптивные схемы реагирования, дефицитарность мыслительных процессов, недостаточность контролирующих функций).

Таким образом, эмоциональная дисрегуляция представляет собой комплексное нарушение, возникающее из-за дисфункции когнитивно-аффективных процессов и проявляющееся в дезадаптивных паттернах эмоционального реагирования и поведения.

Алекситимия (от греч. *a* – отсутствие, *lexis* – слово, *thymos* – чувство, дословно – «без слов для чувств») представляет собой психологическую характеристику, проявляющуюся в затруднении идентификации, описания и дифференциации собственных эмоциональных состояний. Данный феномен был впервые описан P. Sifneos в 1973 году в результате наблюдений за пациентами психосоматической клиники. Автор отмечал, что для таких людей характерны трудности в вербализации чувств, склонность к описанию физиологических ощущений, утилитарность мышления и обедненная фантазия [1].

Важно подчеркнуть, что до появления термина «алекситимия» существовала концепция «операционного мышления» (*la pensée opératoire*), предложенная P. Marty и M. de M'Uzan в 1963 году. Изначально этот феномен рассматривался как прагматичный,

конкретный тип мышления, лишенный аффективной окраски, характерный для пациентов с психосоматическими расстройствами. В дальнейшем «операционное мышление» стало трактоваться как специфическая особенность мыслительного процесса, которая может наблюдаться при различных заболеваниях.

G.J. Taylor, R. Ryan и R.M. Bagby описали Алекситимию как состояние, противоположное нормальному функционированию эмоций. Они выделили ключевые способности эмоционально зрелой личности: различать эмоциональные состояния, осознавать и анализировать свои переживания, а также способность к фантазированию и символизации.

В современной науке Алекситимия рассматривается как многомерный конструкт, объединяющий когнитивные и аффективные компоненты [1]. Когнитивный аспект включает трудности распознавания и вербализации эмоций, неспособность различать чувства и телесные ощущения, а также внешне-ориентированный стиль мышления. Аффективный аспект проявляется в бедности эмоциональных реакций, ограниченности воображения и сниженной способности к эмпатии.

Исследователи выделяют два основных подхода к происхождению Алекситимии, в рамках которых рассматриваются ее **первичная** и **вторичная** формы.

Под **первичной Алекситимией** подразумевается, что в процессе ее формирования ключевая роль отводится генетическим механизмам, аномальным или специфическим особенностям головного мозга человека. В рамках этого подхода существуют две теории:

- **Теория дефицита**, предполагающая изначальное отсутствие или недостаточное развитие психологических функций, ответственных за переработку и выражение аффектов.
- **Нейрофизиологическая теория**, объясняющая Алекситимию нарушением межполушарного взаимодействия, при котором левое (вербальное) полушарие не имеет достаточного доступа к эмоциональному опыту, обрабатываемому правым полушарием.

Вторичная (приобретенная) Алекситимия трактуется как защитная реакция на психотравмирующие события или результат неблагоприятных социальных условий. К этому направлению относятся:

- **Теория регрессии/отрицания**, согласно которой Алекситимия возникает как механизм психологической защиты в ответ на тяжелую травму.
- **Социально-психологическая теория**, связывающая Алекситимию с требованиями современного общества к рациональности и сдержанности, а также с определенными стилями воспитания [1].

Несмотря на разногласия относительно генеза, исследователи сходятся во мнении, что Алекситимия является неспецифическим фактором риска развития широкого спектра психосоматических и психических расстройств [5]. В контексте расстройств пищевого поведения дефициты, характерные для Алекситимии, затрудняют осознанную регуляцию эмоций, что способствует использованию дезадаптивных стратегий совладания, таких как дисфункциональное пищевое поведение.

Самоповреждающее поведение (СП) понимается как осознанные целенаправленные действия, направленные на причинение себе физического вреда (порезы, ожоги, удары и др.) и не имеющие суицидальных намерений. Ключевой целью СП является снижение интенсивности острого психологического дистресса и достижение временного эмоционального облегчения, что приводит к высокому риску повторения этих действий [13].

Эпидемиологические данные свидетельствуют о значительной распространенности СП, особенно среди молодежи. Исследования показывают устойчивую тенденцию к росту: если в 2000 году о случаях несуицидального самоповреждающего поведения (НССП) сообщали 6,5 % женщин в возрасте 16–24 лет, то к 2014 году этот показатель вырос до 19,7 % [7].

Отечественные исследования также подтверждают высокую частоту встречаемости СП в подростковой и молодежной среде.

Важным аспектом является разграничение СП и суициального поведения. Если последнее направлено на добровольное лишение себя жизни, то СП представляет собой способ совладания с непереносимыми эмоциями и продолжения жизни, несмотря на душевную боль. В современной классификации, отраженной в DSM-5, НССП выделено в отдельную диагностическую рубрику для дальнейшего изучения, что подчеркивает его самостоятельную клиническую значимость.

В научной литературе принято разделять прямое и косвенное самоповреждение. К прямому СП относят действия, непосредственно наносящие вред телу (например, порезы). Косвенное СП включает поведение, приводящее к повреждению здоровья опосредованно, как побочный эффект (например, расстройства пищевого поведения, злоупотребление психоактивными веществами).

В контексте расстройств пищевого поведения дисфункциональное пищевое поведение может рассматриваться как форма косвенного самоповреждения, имеющая общие с прямым СП функции эмоциональной регуляции. Современные исследования показывают, что как прямое НССП, так и поведение при РПП классифицируются как несуицидальные формы аутоагрессии, несмотря на различия в механизмах их реализации.

Таким образом, СП выступает дезадаптивной, но зачастую эффективной для индивида в краткосрочной перспективе стратегией снижения эмоционального напряжения. Его связь с РПП обусловлена общностью психологических механизмов, где оба типа поведения используются для совладания с интенсивными негативными эмоциями, которые не могут быть отрегулированы более адаптивными способами.

Пищевое поведение представляет собой комплексный феномен, включающий ценностное отношение к пище, стереотипы питания в обыденных и стрессовых ситуациях, а также деятельность, направленную на формирование образа тела. Как отмечает И.Г. Малкина-Пых, пищевое поведение формируется под влиянием многочисленных факторов: семейных традиций, культурных норм, религиозных ограничений, медицинских рекомендаций и социальных тенденций [5].

Расстройства пищевого поведения (РПП) понимаются как поведенческие состояния, характеризующиеся стойкими нарушениями пищевого поведения, сопровождающиеся тревожными мыслями и эмоциями. Современные исследования выделяют различные патогенетические механизмы развития РПП, включая психологические конфликты (А. Митчерлих), социокультурные влияния (Д. Бреунлин) и нейробиологические факторы (А. Лавиано).

С клинической точки зрения, наиболее распространенной является типология пищевого поведения, включающая три основных типа:

- **Эмоциогенный тип** – характеризуется гиперфагической реакцией на стресс, когда прием пищи обусловлен не голодом, а эмоциональным дискомфортом;
- **Ограничительный тип** – проявляется в сознательном сокращении потребления пищи, часто приводящем к срывам и перееданию;
- **Экстернальный тип** – отличается повышенной реакцией на внешние стимулы к приему пищи.

Е.Н. Леонова расширила данную классификацию, выделив шесть типов пищевого поведения, включая интернальный, неустойчивый, эмоциогенно-ограничительный и другие варианты [5].

В основе РПП лежат сложные психопатологические механизмы, включающие нарушения образа тела, искажение восприятия голода и насыщения, а также низкую самооценку [5]. К группе риска относятся лица с ригидными пищевыми паттернами,

эмоциональной лабильностью, перфекционизмом, а также представители профессий, связанных с контролем веса.

Важным аспектом понимания РПП является их концептуализация как формы косвенного самоповреждающего поведения, имеющего общие механизмы с другими видами аутоагрессии. Это позволяет рассматривать расстройства пищевого поведения в контексте дезадаптивных стратегий эмоциональной регуляции.

Целью нашего исследования является выявление особенностей эмоциональной дисрегуляции и самоповреждающего поведения у лиц с риском развития РПП.

Нами были выдвинуты следующие гипотезы:

1. Существуют различия в выраженности показателей эмоциональной дисрегуляции, Алекситимии и самоповреждающего поведения у лиц с низким риском развития РПП и высоким риском: лица с высоким риском развития РПП чаще прибегают к самоповреждающему поведению, обладают более высокими показателями эмоциональной дисрегуляции и Алекситимии (О.О. Графова, X. Muir).
2. У лиц с риском РПП наблюдаются прямые положительные корреляции между Алекситимией, эмоциональной дисрегуляцией и самоповреждающим поведением (О.О. Графова, I. Krug, X. Muir).

Методы

Выборка. В исследовании приняли участие 75 человек в возрасте от 18 до 63 лет ($M = 30,3$; $SD = 12,6$), из них 67 женщин (89,3%) и 8 мужчин (10,7%). На основе результатов скрининговой методики EAT-26 выборка была разделена на две группы: группа с высоким риском развития РПП ($n=26$; показатель $EAT-26 \geq 20$) и группа с низким риском ($n=47$; показатель $EAT-26 < 20$). Критериями исключения являлись диагностированное РПП, беременность на момент исследования, соматические заболевания, влияющие на массу тела. Исследование проводилось дистанционно с использованием электронных бланков (Online Test Pad). Все участники дали информированное согласие, им была гарантирована конфиденциальность.

Методики. Риск развития РПП оценивался с помощью методики «Опросник пищевых предпочтений (EAT-26)» в адаптации О.А. Скугаревского. Методика «Опросник эмоциональной дисрегуляции» Н.А. Польской использовалась для диагностики нарушений эмоциональной регуляции. «Торонтская Алекситимическая шкала (TAS-20)» в адаптации Е.Г. Старостиной применялась для оценки уровня Алекситимии. Оценка частоты и причин самоповреждающих действий происходила с помощью опросника «Шкала причин самоповреждающего поведения» Н.А. Польской.

Статистическая обработка данных проводилась в программе JASP 0.19.3. Использовались: критерий Шапиро-Уилка для оценки характера распределения данных, U-критерий Манна-Уитни для сравнения двух независимых групп, корреляционный анализ Ч. Спирмена для оценки взаимосвязей. Поскольку результаты оценки характера распределения данных с помощью критерия Шапиро-Уилка показали ненормальное распределение по большинству шкал, использование непараметрических критериев представилось нам наиболее верным.

Результаты

Студенты с низким уровнем риска РПП демонстрируют среднюю выраженность большинства изучаемых параметров, что свидетельствует об адаптивном характере их эмоционального функционирования. Наблюдаются умеренные трудности в идентификации чувств (шкала «ТИЧ, $M=13.48$ ») и эмоциональной регуляции (шкала «Руминация», $M=17.84$; шкала «Избегание, $M=10.91$ »), не приводящие к дезадаптивным поведенческим проявлениям. Самоповреждающее поведение выражено минимально, его

инструментальные ($M=6.26$) и соматические ($M=13.22$) формы имеют ситуативный характер.

Студенты с высоким уровнем риска РПП характеризуются повышенной выраженностью ключевых дезадаптивных характеристик. У них отмечаются значительные трудности эмоциональной регуляции, проявляющиеся в высокой выраженности показателя руминации ($M=19.8$) и избегания ($M=12.73$). Особенно выражены трудности идентификации чувств (шкала «ТИЧ», $M=15.15$), что указывает на алекситимические особенности. Характерной чертой группы является повышенная склонность к самоповреждающему поведению, особенно в его соматической форме ($M=15.8$), которое используется преимущественно для избавления от напряжения ($M=19.65$) и восстановления самоконтроля ($M=27.76$).

Для выявления различий в выраженности показателей эмоциональной дисрегуляции, алекситимии и самоповреждающего поведения между группами лиц с высоким и низким риском развития РПП проводился сравнительный анализ с помощью критерия Манна-Уитни. Результаты представлены в Таблице 1.

Таблица 1. Особенности эмоциональной регуляции, алекситимии и самоповреждающего поведения у лиц с низким и высоким риском развития РПП

Переменные	Группа лиц с низким риском		Группа лиц с высоким риском		Различия	
	M	SD	M	SD	U	p
Руминация	17.84	3.94	19.8	4.92	465.00	0.15
Трудности ментализации	19.68	4.31	21.23	4.14	475.00	0.19
Избегание	10.91	3.22	12.73	3.99	442.50	0.08
Внешне ориентированное мышление (ВОМ)	17.48	4.29	17.3	3.79	593.00	0.92
Трудность описания чувств (ТОЧ)	12.55	4.18	12.53	4.15	586.50	0.99
Трудность идентификации чувств (ТИЧ)	13.48	4.71	15.15	5.28	466.50	0.15
Инструментальные самоповреждения	6.26	2.44	7.61	2.92	417.50	0.04
Соматические самоповреждения	13.22	4.32	15.8	4.15	396.50	0.02
Восстановление контроля эмоций	6.88	3.76	8.11	4.03	483.00	0.22
Избавление от напряжения	15.44	9.41	19.65	9.78	433.00	0.07
Изменение себя, поиск опыта	7.31	2.42	7.76	2.56	521.00	0.42
Воздействие на других	11.13	5.38	13.34	6.83	463.00	0.14
Самоконтроль	22.33	12.79	27.76	13.47	445.50	0.09
Межличностный контроль	18.44	7.07	21.11	8.49	464.00	0.14

Примечание: жирным шрифтом обозначены значимые различия.

Сравнительный анализ показателей групп с высоким и низким риском РПП выявил статистически значимые различия по двум формам самоповреждающего поведения. Лица с высоким риском РПП значительно чаще прибегали к «инструментальным самоповреждениям» ($U = 417,5$; $p = 0,043$) и к «соматическим самоповреждениям» ($U = 396,5$; $p = 0,024$). Таким образом, можно говорить о частичном подтверждении гипотезы о различиях в выраженности самоповреждающего поведения у лиц с низким риском развития РПП и лиц с высоким риском развития РПП. По шкалам эмоциональной дисрегуляции («Руминация», «Трудности ментализации», «Избегание») и алекситимии («Трудности идентификации чувств», «Трудности описания чувств», «Внешне-ориентированное мышление») значимых различий обнаружено не было, однако средние значения в группе высокого риска РПП были выше, что согласуется с выдвинутой гипотезой.

Для оценки взаимосвязей между показателями эмоциональной дисрегуляции, алекситимии и самоповреждающего поведения у лиц с высоким риском развития РПП использовался ранговый корреляционный анализ по Спирмену. Результаты представлены в табл. 2.

Таблица 2. Взаимосвязь параметров эмоциональной регуляции, алекситимии и самоповреждающего поведения в группе лиц с высоким риском развития РПП

Шкалы	Руминация	Трудности ментализации	Избегание	Внешне-ориентированное мышление	Трудность идентификации чувств
Инструментальные самоповреждения	-	-	0.671***	-	0.419*
Соматические самоповреждения	0.406*	0.404*	0.496*	-	0.419*

Примечание: уровень значимости * $p \leq 0,05$, *** $p \leq 0,001$.

В группе лиц с высоким риском развития РПП были обнаружены корреляции между шкалами методики «Шкала самоповреждающего поведения» и «Торонтская алекситимическая шкала»:

1. Обнаружена положительная связь средней силы между шкалой «Трудность идентификации чувств» и шкалой «Инструментальные самоповреждения» ($r=0,419$, $p < 0,05$): чем выше у испытуемых трудности в распознавании собственных эмоций, тем выше склонность к совершению инструментальных самоповреждений.

2. Выявлена положительная связь средней силы между шкалой «Трудность идентификации чувств» и шкалой «Соматические самоповреждения» ($r=0,419$, $p < 0,05$): чем более выражены трудности в распознавании эмоций, тем выше частота соматических самоповреждений.

Выявлены корреляции между шкалами методик «Шкала самоповреждающего поведения» и «Опросник эмоциональной дисрегуляции»:

1. Обнаружена сильная положительная связь между шкалой «Избегание» и шкалой «Инструментальные самоповреждения» ($r=0,671$, $p < 0,001$): чем выше склонность к избеганию стрессовых мыслей и чувств, тем выше частота инструментальных самоповреждений.

2. Выявлена положительная связь средней силы между шкалой «Избегание» и шкалой «Соматические самоповреждения» ($r=0,496$, $p < 0,05$): чем более выражено избегающее поведение, тем выше склонность к соматическим самоповреждениям.

3. Обнаружена положительная связь средней силы между шкалой «Руминация» и шкалой «Соматические самоповреждения» ($r=0,406$, $p < 0,05$): чем выше уровень навязчивого мысленного переживания негативных эмоций, тем выше склонность к соматическим самоповреждениям.

4. Выявлена положительная связь средней силы между шкалой «Трудности ментализации» и шкалой «Соматические самоповреждения» ($r=0,404$, $p < 0,05$): чем выше трудности в понимании и интерпретации психических состояний – как своих, так и окружающих, – тем выше склонность к соматическим самоповреждениям.

Таблица 3. Взаимосвязь параметров эмоциональной регуляции и алекситимии в группе лиц с высоким риском развития РПП

Шкалы	Трудность идентификации чувств	Трудность описания чувств	Внешне-ориентированное мышление
Руминация	0.633***	—	—
Трудности ментализации	0.765***	0.476*	—
Избегание	0.481*	—	—

Примечание: уровень значимости * $p \leq 0,05$, *** $p \leq 0,001$.

В группе лиц с высоким риском развития РПП были обнаружены корреляции между шкалами методик «Опросник эмоциональной дисрегуляции» и «Торонтская алекситимическая шкала»:

1. Обнаружена сильная положительная связь между шкалой «Руминация» и шкалой «Трудность идентификации чувств» ($r=0,633$, $p <0,001$): чем выше уровень навязчивого мысленного переживания негативных эмоций, тем значительнее выражены трудности в распознавании и различении собственных чувств.

2. Выявлена сильная положительная связь между шкалой «Трудности ментализации» и шкалой «Трудность идентификации чувств» ($r=0,765$, $p <0,001$): чем выше трудности в понимании и интерпретации психических состояний, тем более выражена неспособность идентифицировать свои эмоции.

3. Обнаружена положительная связь средней силы между шкалой «Трудности ментализации» и шкалой «Трудность описания чувств» ($r=0,476$, $p <0,05$): чем больше трудностей в осмыслении эмоциональных состояний, тем сложнее испытуемым вербально описать свои переживания.

4. Выявлена положительная связь средней силы между шкалой «Избегание» и шкалой «Трудность идентификации чувств» ($r=0,481$, $p <0,05$): чем выше склонность к избеганию стрессовых мыслей и чувств, тем более выражены трудности в распознавании собственных эмоций.

Таким образом, полученные результаты подтверждают нашу гипотезу о существовании взаимосвязей между эмоциональной дисрегуляцией, алекситимией и самоповреждающим поведением у лиц с высоким риском развития РПП.

Обсуждение результатов

Результаты корреляционного анализа позволяют выявить специфические паттерны взаимосвязей между эмоциональной дисрегуляцией, алекситимией и самоповреждающим поведением в группе лиц с высоким риском РПП.

Обнаружено, что трудность идентификации чувств выступает центральным звеном алекситимии, демонстрируя устойчивые положительные связи как с симптомами эмоциональной дисрегуляции, так и с различными формами самоповреждающего поведения. Сильные корреляции шкалы «Трудность идентификации чувств» с «Руминацией» ($r=0,633$) и трудностями ментализации ($r=0,765$) указывают на формирование единого дефицитарного комплекса, характеризующегося взаимосвязанными сложностями в распознавании, осмыслении и регуляции эмоциональных состояний.

Избегающее поведение демонстрирует наиболее выраженную связь с самоповреждающим поведением, особенно с его инструментальной формой ($r=0,671$). Данный паттерн позволяет предположить существование дезадаптивного цикла, при котором избегание эмоциональных переживаний приводит к накоплению напряжения, что, в свою очередь, находит разрядку через акты самоповреждения.

Полученные результаты согласуются с исследованиями О.О. Графовой [3] и X. Muir, D. A Preece и R. Becerra [15], подтверждающими роль эмоциональной дисрегуляции и алекситимии в генезе расстройств пищевого поведения. В частности, обнаруживается соответствие в выявлении значимой представленности таких компонентов эмоциональной дисрегуляции, как: руминации, трудности ментализации и избегающее поведение.

Особого внимания заслуживает продемонстрированная в исследовании центральная роль трудности идентификации чувств в структуре алекситимии, а также обнаруженная сильная связь между избегающим поведением и инструментальными самоповреждениями ($r=0,671$). Данный результат уточняет механизм коморбидности РПП и самоповреждающего поведения, описанный I. Krug и соавторами [13], и позволяет предположить существование

патологического цикла «избегание-накопление напряжения-самоповреждение» как ключевого элемента в структуре эмоциональной дезадаптации у лиц группы риска.

Результаты исследования позволили частично подтвердить выдвинутые гипотезы. Подтвердилось предположение о наличии различий в самоповреждающем поведении: лица с высоким риском РПП значимо чаще используют инструментальные и соматические самоповреждения. Это согласуется с данными I. Krug с соавторами [13] о том, что СП выступает дезадаптивным, но эффективным в краткосрочной перспективе механизмом эмоциональной регуляции, средством самонаказания за «срывы» в питании или отвлечения от дистресса, в том числе связанного с телом и едой.

Гипотеза о наличии взаимосвязей между изучаемыми конструктами в группе высокого риска РПП получила полное подтверждение. Выявленные сильные корреляции между руминацией, трудностями ментализации и идентификации чувств указывают на формирование единого дефицитарного комплекса, лежащего в основе эмоциональной дисрегуляции. Невозможность осознать и дифференцировать эмоции компенсируется навязчивыми размышлениеми (часто о еде и весе) и избеганием эмоциональных ситуаций.

Полученные результаты обладают значительным практическим потенциалом для совершенствования системы психологической помощи лицам с высоким риском развития РПП. Выявление специфического комплекса нарушений, включающего эмоциональную дисрегуляцию, алекситимию и склонность к самоповреждающему поведению, позволяет определить ключевые мишени для профилактического вмешательства. В частности, обоснована необходимость целенаправленного развития навыков идентификации и вербализации эмоциональных состояний, коррекции избегающего поведения и руминации, а также формирования адаптивных стратегий эмоциональной регуляции.

Результаты исследования свидетельствуют о целесообразности включения в программы профилактики РПП специализированных модулей, направленных на развитие эмоционального интеллекта и обучение навыкам психической саморегуляции. Особое внимание в профилактической работе следует уделять лицам, демонстрирующим сочетание избегающего поведения и выраженных трудностей в идентификации чувств, поскольку именно эта категория представляет группу наибольшего риска формирования стойких дезадаптивных поведенческих паттернов.

Ограничения исследования включают относительно небольшой объем выборки, преобладание женщин и использование дистанционных методов сбора данных, что могло повлиять на валидность самоотчетов. Перспективы дальнейших исследований связаны с проведением лонгитюдных исследований для установления причинно-следственных связей и применением более сложных статистических моделей (например, моделей структурного уравнения) для проверки целостных паттернов взаимовлияний.

Выводы

1. Лица с высоким риском развития расстройств пищевого поведения более склонны к инструментальным и соматическим формам самоповреждающего поведения.

2. Трудности в идентификации чувств у лиц с высоким риском расстройств пищевого поведения приводят к дисрегуляции эмоций, а именно недостаточному осмыслиению чувств, навязчивым негативным размышлением и избеганию эмоциогенных переживаний. Все это способствует накоплению напряжения, которое снимается через самоповреждения. Таким образом, формируется патологический цикл дезадаптивной эмоциональной регуляции, поддерживающий высокий уровень самоповреждения у лиц с риском РПП.

3. Лицам с риском развития РПП требуется психологическое сопровождение по профилактике самоповреждающего поведения, в которое необходимо включать блоки, нацеленные на развитие эмоционального интеллекта, особенно навыков идентификации и вербализации эмоций, а также на тренировку адаптивных стратегий эмоциональной регуляции.

Библиографический список

1. Брель Е.Ю. Стоянова И.Я. Феномен алекситимии в клинико-психологических исследованиях (обзор литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2017. – Т. 97. № 4. – С. 74-81.
2. Вець И.В. Осознанная саморегуляция и копинг-стратегии как ресурсы преодоления трудных жизненных ситуаций // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2023. – № 3. – С. 50-71. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osoznannaya-samoregulyatsiya-i-koping-strategii-kak-resursy-preodoleniya-trudnyh-zhiznennyh-situatsiy> (дата обращения: 10.11.2025).
3. Графова О.О. Особенности саморегуляции у лиц с нарушениями пищевого поведения // Вестник ПГГПУ. Серия № 1. Психологические и педагогические науки. –2024. –№ 1. – С. 115-128.
4. Кирюхина Н.А. Польская Н.А. Эмоциональная дисрегуляция и неудовлетворенность телом в женской популяции // Клиническая и специальная психология. –2021. – Т. 10. – № 3. С. 126-147. DOI: 10.17759/cpse.2021100308.
5. Леонова Е.Н. Социально-психологические типы пищевого поведения // Вестник Удмуртского университета. Серия «Философия. Психология. Педагогика». – 2017. – № 2. – С. 57-63. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-psihologicheskie-tipy-pischevogo-povedeniya> (дата обращения: 10.11.2025).
6. Польская Н.А., Разваляева А.Ю. Разработка опросника эмоциональной дисрегуляции // Консультативная психология и психотерапия. – 2017. – Т.25. – № 4. – С. 71-93. <https://doi.org/10.17759/cpp.2017250406>
7. Польская Н.А., Мельникова М.А. Вклад диссоциации и межличностной чувствительности в самоповреждающее поведение молодых женщин // Клиническая и специальная психология. – 2023. – Т.12. – № 1. – С. 150-179. <https://doi.org/10.17759/cpse.2023120107>
8. Рассказова Е.И., Гордеева Т.О. Копинг-стратегии в психологии стресса: подходы, методы и перспективы [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. – 2011. – № 3(17). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 10.11.2025). 0421100116/0027.
9. Собенников В.С., Винокуров Е.В., Рычкова Л.В., Собенникова В.В. Эмоциональная дисрегуляция как фактор психосоматических нарушений при депрессии и кардиоваскулярной патологии (аналитический обзор иностранной литературы) // Acta Biomedica Scientifica. – 2019. –№ 1. – С. 87-92. <https://doi.org/10.29413/ABS.2019-4.1.13>
10. Cole P.M., Hall S.E. Emotion dysregulation as a risk factor for psychopathology // Child and Adolescent Psychopathology / eds. T.P. Beauchaine, S.P. Hinshaw. Princeton: John Wiley & Sons, 2008. P. 265-287.
11. Gratz K.L., Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale // Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2008. Vol. 30. № 4. P. 315-315. <http://dx.doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
12. Gross J.J. Emotion regulation in adulthood: Timing is everything // Current Directions in Psychological Science. 2001. Vol. 10. № 6. P. 214-219.
13. Krug I., Arroyo M.D., Giles S. et al A new integrative model for the co-occurrence of non-suicidal self-injury behaviours and eating disorder symptoms. // Journal of Eating Disorders. 2021. Vol. 9. № 1. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00508-3>
14. Leahy R.L. Emotional Schema Therapy: A meta-experiential model // Australian Psychologist. 2016. Vol. 51. № 2. P. 82-88.
15. Muir X., Preece D. A., Becerra R. Alexithymia and eating disorder symptoms: the mediating role of emotion regulation // Australian Psychologist. № 59(2), Pp.121–131. <https://doi.org/10.1080/00050067.2023.2236280>
16. Neacsu A.D., Bohus M., Linehan M.M. Dialectical Behavior Therapy: An Intervention for Emotion Dysregulation // Handbook of Emotion Regulation. Second Edition / ed. J.J. Gross. NY: Guilford Press. 2014. P. 491–507.