

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт
(наименование института полностью)

Кафедра «Педагогика и психология»
(наименование)

37.04.01 Психология

(код и наименование направления подготовки)

Психология здоровья

(направленность (профиль))

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)

на тему Психологические особенности личности с расстройством пищевого поведения

Обучающийся Т.С. Кузнецова
(Инициалы Фамилия) (личная подпись)

Научный руководитель канд. психол. наук, Т.А. Бергис
(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Оглавление

Введение	3
Глава 1 Теоретический обзор литературы по проблеме психологических особенностей личностей с расстройством пищевого поведения.....	8
1.1 Понятие расстройство пищевого поведения, причины возникновения.....	8
1.2 Психологические особенности лиц, страдающих расстройством пищевого поведения.....	14
1.3 Виды и методы психологической помощи людям с нарушением пищевого поведения.....	20
Глава 2 Эмпирическое исследование психологических особенностей лиц, страдающих расстройством пищевого поведения.....	30
2.1 Процедура и методы исследования.....	30
2.2 Результаты исследования и анализ полученных данных.....	33
2.3 Анализ взаимосвязи риска расстройства пищевого поведения и личностных особенностей.....	43
2.4 Рекомендации по профилактике риска расстройств пищевого поведения.....	47
Заключение.....	54
Список используемой литературы.....	56
Приложение А Результаты диагностики (первичные данные).....	60
Приложение Б Проверка показателей на нормальность распределения.....	63
Приложение В Результаты корреляционного анализа.....	65

Введение

Актуальность исследования. В современном мире проблема расстройств пищевого поведения приобретает всю большую распространенность.

Нарушения приема пищи не нарушают каких-либо социальных, культурных, этических норм, но в то же время разрушают личностную целостность, замедляют развитие индивидуума, влияют на межличностные отношения. Порой становятся причиной проявления вторичных психических заболеваний, таких как невротическая депрессия, а более серьезные формы приобретают хронический характер, который, в свою очередь, приводит к сниженной социальной активности, продуктивности и даже к смерти. Ввиду этого, исследования расстройства пищевого поведения весьма актуальны сегодня.

Нарушения пищевого поведения представляют группу поведенческих психогенных синдромов, которые характеризуются отклонениями при употреблении продуктов питания и ее переработке. К данной группе пищевых расстройств относятся: нервная анорексия, нервная булимия, компульсивное переедание и орторексия. Поведение, связанное с расстройством пищевого поведения, может различаться по типу и степени тяжести и включает такие действия, как переедание, очищение и ограничение потребления пищи.

Современные стандарты красоты навязывают определенные критерии, позиционируя худобу, как символ высокого социального статуса, гарантию привлекательности и востребованности у противоположного пола. Все больше людей в погоне за соответствием стандартов приобретают те или иные пищевые расстройства. Стоит отметить, что некоторые расстройства пищевого поведения практически отсутствуют в культурах, где стройные тела не считаются эталоном.

Национальный исследовательский центр «Здоровое питание»

сообщает, что число людей с избыточной массой тела и ожирением в мире возросло с 857 миллионов человек в 1980 году до 2,1 миллиарда в 2013 году. При этом Россия занимает четвертое место в мире по числу людей, страдающих избыточным весом и ожирением.

По данным Роспотребнадзора, число россиян с ожирением выросло в 1,7 раза в период с 2013 по 2018 года. Расстройства пищевого поведения являются серьезными психическими заболеваниями, которые могут привести к тяжелым последствиям, таким как: сердечно-сосудистые заболевания, заболевания опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта и в некоторых случаях смерть.

Расстройства приёма пищи искажают восприятие человека и воздействуют на психику в долгосрочной перспективе. Поэтому лечение человека с такими расстройствами – это непростой и долгий процесс. Для лечения расстройства пищевого поведения нужен не один врач; пациент нуждается в коллегии специалистов: диетолог, кардиолог, эндокринолог, гастроэнтеролог, психиатр и психолог. Конечно же, все зависит от общей клинической картины. После того как будет понятно, что жизни человека ничего не угрожает, можно обращаться к психологам и продолжать работу.

Анализ текущих методов лечения нарушений пищевого поведения позволили выявить следующие **противоречия**. Снижением веса, как правило, занимаются такие специалисты, как диетологи и эндокринологи, что в свою очередь не затрагивает психологические аспекты расстройства пищевого поведения. Психолог в данном случае выступает, как вспомогательный специалист, который в коллегии с соматическими врачами оказывает психологическую поддержку, применяя необходимые подходы.

Для разрешения этого противоречия была сформулирована **проблема** исследования: большинство российских соматических врачей имеют слабое представление о том, что расстройство пищевого поведения имеет серьёзные психологические причины. В нашей стране не развита культура *Second opinion* и каждый специалист настаивает на своем видении заболевания и

способах его лечения. В государственных соматических учреждениях нет специалиста по расстройству пищевого поведения, который должен принимать участие в лечении пациентов с таким расстройством.

Цель: исследовать личностные особенности людей с расстройством пищевого поведения.

Объект исследования: психологические особенности личности.

Предмет исследования: психологические особенности людей, имеющих расстройство пищевого поведения.

Гипотеза: мы предполагаем, что личности с расстройством пищевого поведения имеют определённые психологические особенности, а именно:

- неуверенность в себе;
- высокий уровень сепарационной тревоги;
- склонность к переживанию вины.

Задачи:

- рассмотреть понятие расстройство пищевого поведения и причины возникновения;
- провести теоретический анализ психологических особенностей лиц, страдающих расстройством пищевого поведения;
- охарактеризовать виды и методы психологической помощи людям с нарушением пищевого поведения;
- организовать и провести исследование психологических особенностей лиц, страдающих расстройством пищевого поведения.
- проанализировать полученные результаты исследования и сделать выводы.

Теоретико-методологическая основа исследования составили работы авторов И.Г. Малкиной-Пых, Р.В. Овчаровой, Е.А. Васильевой, Л.Г. Жедуновой, А.П. Михайловой, Д.А. Ивановой, А.В. Леушиной, Д.С. Лысикова, Р. Макгрегора, М. Малер, Ф. Пайна.

Для достижения поставленных задач и подтверждения выдвинутой гипотезы применялись следующие методы исследования:

- теоретические: теоретический анализ психологической литературы по изучаемой проблеме;
- психодиагностический метод:
- Тест отношения к приему пищи ЕАТ – 26;
- Тест уверенности в себе В.Г. Ромека;
- «Опросник вины» К. Куглера;
- Тест сепарационной тревоги взрослых ASA-27.

Экспериментальная база исследования и выборка: 30 человек (15 мужчин и 15 женщин) с диагнозами «Атипичная нервная анорексия», «Нервная булимия», «Атипичная нервная булимия» (в возрасте от 20 до 30 лет) – экспериментальная группа и 30 человек (15 мужчин и 15 женщин) без расстройства пищевого поведения – контрольная группа. У респондентов с расстройством пищевого поведения ранее был установлен данный диагноз, других диагнозов не было. С их согласия, была проведена диагностика на базе ГБУЗ СО «Тольяттинский психоневрологический диспансер». Исследование проводилось в период практики, совместно и под руководством сотрудников ГБУЗ СО «Тольяттинский психоневрологический диспансер».

Достоверность заключается в том, что в процессе работы применялись надежные и апробированные в психологии методы исследования.

Научная новизна исследования обуславливается получением новых знаний о личностных особенностях людей с расстройством пищевого поведения.

Теоретическая значимость работы. Теоретический анализ и результаты исследования позволили уточнить и расширить научно-теоретические представления о психологических особенностях людей с расстройством пищевого поведения.

Практическая значимость. Данное исследование может быть полезно в профессиональной деятельности психологов для диагностики и коррекции

расстройств пищевого поведения.

Личное участие автора в организации и проведении исследования состоит в анализе теоретического состояния проблемы, организации эмпирического исследования и проведения корреляционного анализа.

На защиту выносятся следующие положения:

- чем больше у испытуемых проявляется сепарационная тревожность, тем больше вероятность появления расстройств пищевого поведения;
- чем выше у личности способность и готовность к социальным контактам и социальной самореализации, тем меньше вероятность возникновения расстройства пищевого поведения; обращение к социальным контактам и получение поддержки может помочь справиться со стрессовыми ситуациями;
- чем больше личность испытывает состояние вины за недавно совершенные поступки, тем больше вероятность возникновения нарушения пищевого поведения; чувство вины, связанное с нарушением моральных норм и ценностей, способствует развитию нарушения пищевого поведения.
- чем больше личность не уверена в себе, имеет негативную самооценку, тем чаще она старается исправить это за счет попытки изменения внешности, прибегают к диетам, что может привести к нарушению пищевого поведения.

Структура магистерской диссертации. Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка используемой литературы (50 наименований, из них 6 на английском языке). Для иллюстрации текста используется 7 таблиц, 5 рисунков. Общий объем работы 67 страниц.

Глава 1 Теоретический обзор литературы по проблеме психологических особенностей личностей с расстройством пищевого поведения

1.1 Понятие расстройство пищевого поведения, причины возникновения

Расстройства пищевого поведения – это сложные состояния психического здоровья, характеризующиеся нарушенным пищевым поведением, негативным образом тела и интенсивной озабоченностью едой, и весом. Эти расстройства затрагивают миллионы людей по всему миру всех возрастов, полов и происхождения [48].

Пищевое поведение – это ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуациях стресса, а также поведение, ориентированное на формирование образа собственного тела. Пищевое поведение может быть гармоничным (адекватным) или девиантным (отклоняющимся), это зависит от множества параметров, в частности от того, какое место занимает процесс питания в иерархии ценностей индивида, а также от количественных и качественных показателей питания [32].

Расстройства пищевого поведения относятся к группе психических заболеваний, основной характеристикой которых является нарушенное питание. В основе этого поведения лежат обсессивная и компульсивная занятость едой, весом, своим внешним видом, пониженная самооценка и искаженное восприятие себя [49].

Расстройства пищевого поведения охватывают целый ряд состояний. Выделим основные.

Нервная анорексия.

Люди с нервной анорексией часто имеют искаженное представление о своем теле и сильный страх набрать вес. Они прибегают к крайнему ограничению калорий, что приводит к серьезному недоеданию.

Нервная булимия.

Булимия включает в себя циклы переедания, за которыми следуют очистительные действия, такие как рвота, употребление слабительных или чрезмерные физические нагрузки.

Расстройство переедания характеризуется повторяющимися эпизодами неконтролируемого приема пищи, часто приводящими к увеличению веса. В отличие от булимии, люди, страдающие расстройством переедания, не занимаются регулярным очищением организма [47].

Типы расстройств приема пищи, при грубом делении, можно разместить на весовой шкале, где на одном конце будет располагаться нервная анорексия, характеризующаяся дефицитом веса, далее нервная булимия – вес на грани нормального или даже выше, в зависимости от частоты компенсаторного поведения, и на другом конце люди, страдающие обжорством и имеющие вес, определенный как «лишний» или указывающий на наличие ожирения. Но все нарушения пищевого поведения имеют и некоторые общие характеристики и часто бывает так, что люди, страдающие данным заболеванием, переходят из одной категории в другую [26].

Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, разработанная Американской психиатрической ассоциацией делит расстройства пищевого поведения на 5 основных групп: нервная анорексия, нервная булимия, обжорство, специфические расстройства питания, неспецифические расстройства питания [28].

Нервная анорексия характеризуется погоней за худобой, ограничительным питанием, дефицитом веса, страхом набора веса, искаженным восприятием своего тела и отсутствием осознания болезни. Психиатр М.В Коркина внесла большой вклад в изучение нарушений пищевого поведения и обратила внимание на роль дисморфофобии и дисморфомании в формировании нарушений пищевого поведения в общем, и страха набора веса в частности. Чаще всего анорексия появляется в раннем подростковом возрасте; 1,2 % среди женщин и 0,2 % среди мужчин [25].

Нервная булимия также характеризуется высокой занятостью телом и

весом, поеданием большого количества пищи за очень короткий промежуток времени, потерей контроля и компенсаторным поведением, таким как искусственное вызывание рвоты, использованием слабительных и мочегонных средств и/или активным занятием спорта. Эпизод обжорства и очищения происходит минимум раз в неделю на протяжении трех месяцев. С физиологической точки зрения это приводит к биохимическим нарушениям, повреждениям пищеварительной системы, зубной эмали и прочее. Распространенность нервной булимии среди женщин составляет 4 %, среди мужчин 1 %. Расстройства пищевого поведения – это заболевания, которые длятся достаточно долго, а процент излечившихся относительно низок. Эти расстройства сопровождаются сокрытием, отрицанием, что затрудняет их выявление и лечение [26].

Процент излечения от анорексии варьируется между 29 % – 68 % при отслеживании больных на протяжении двух с половиной лет и десяти соответственно. Процент излечения от булимии варьируется между 29 % – 70 % при отслеживании больных на протяжении года и десяти лет соответственно. Эти результаты указывают на то, что большинство больных страдают от этих расстройств длительный промежуток времени, а порой – всю жизнь. Клинические исследования указывают на переход одного болезненного состояния в другое: из анорексии в булимию 8 % – 54 %, из булимии в анорексию 4 % – 27 % и чаще всего этот переход происходит в первые пять лет болезни. Смертность от анорексии составляет около 5 %. Летальный исход в случае булимии достаточно редкое явление. Но среди страдающих расстройствами пищевого поведения и другими сопутствующими психическими заболеваниями, смертность составляет 5 % – 18 % [28].

Повышенная чувствительность к внешним стимулам приемов пищи, может быть связана с трудностью распознавания чувство голода и насыщения, приводящее к эпизодам переедания или попыткам похудеть, поскольку образ тела и образ «реального Я» несет негативную нагрузку,

непринятия и неудовлетворенность своим телом, внешностью, что влияет как на личностные характеристики индивида, так и межличностные отношения. Это приводит к самообвинению и подавлению эмоций [32].

При эмоциональном дискомфорте, избыточное количество пищи способствует снижению эмоционального напряжения, являясь непродуктивной стратегией совладания со стрессом. При ограничительном поведении (соблюдении строгих диет) представление о своем теле является искаженным (дисморфофобия). Одним из факторов возникновения расстройств пищевого поведения является состояние границ психологического пространства личности, для этого необходим анализ сформированных установок и убеждений [11].

Помимо стыда и вины, у людей с расстройством пищевого поведения наблюдаются депрессивные проявления, сниженная самооценка. Стигма патологического отношения к еде оказывает негативное влияние на социальную адаптацию [26, 50].

Потребность в пище имеет конкретную физиологическую основу и связана как с психологическими особенностями личности, так и социальными факторами. Прием пищи служит не только для утоления голода, но и имеет эстетический, символический, мифологический, религиозный, социальный, морально-этический и психологический смысл [32]. Нарушение пищевого поведения имеет четкие представления о модели мотивации: социализация, получение удовольствия, совладание с отрицательными эмоциями и соответствие ожиданиям других людей.

Расстройства пищевого поведения являются многогранной поведенческой проблемой медицины. На сегодняшний день, расстройства пищевого поведения рассматриваются с точки зрения био-психосоциального подхода, который учитывает биологические, психологические, социальные, наследственные и семейные факторы [31].

Важно понимать, что пищевое поведение имеет поведенческую реакцию в ответ на различные внутренние и внешние факторы, конечной

целью которой является сохранение всех видов гомеостаза, и прежде всего- биоэнергетического, обеспечивающего функционирование не только организма, но и психики [26]. Нарушения пищевого поведения могут служить доступной моделью, для разностороннего изучения последствий длительных эпизодов перееданий или голоданий.

Расстройства пищевого поведения рассматриваются как вид аддиктивного поведения. Аддикция к еде возникает тогда, когда еда используется в виде объекта, использование которого помогает уходить от не устраивающей его субъективной реальности. Всевозможные негативно окрашенные эмоциональные состояния (скука, неудовлетворенность, апатия, тревога, раздражение) проявляются через расстройство пищевого поведения [11].

Тревожность (беспокойство, напряжение) возникают как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию. Низкий уровень тревожности диагностируется у лиц с нормальной массой тела, а у лиц с избыточной массой тела - высокий уровень тревожности. Это свидетельствует о том, что они чаще ощущают напряжение, озабоченность, беспомощность и неопределенность [32]. Личности, поддерживаемые одобрением близких людей, реже испытывают тревожно - мнительное состояние, при этом сохраняя внутренний гомеостаз и снижая негативные переживания [6, 43].

Большая часть научных статей посвящена вопросу этиологии расстройств пищевого поведения. Обзор научной литературы показал сильную заинтересованность в возможной связи между детско-родительскими отношениям и развитием расстройств приема пищи. Был обнаружен элемент взаимодействия между семейным окружением и риском возникновения нервной анорексии и/или нервной булимии. А также достаточно много говорится о важности семейной терапии в лечении нарушений пищевого поведения и преимуществом ее эффективности над индивидуальной [45].

Нарушения пищевого поведения относятся к заболеваниям, в основе которых могут лежать взаимосвязи между такими факторами, как генетические, семейные, биологические, личностные, социальные и культурные [26].

В биологической плоскости существует гипотеза, что в гипоталамо-гипофизарио-надпочечниковой системе, которая регулирует пищевое поведение и функции нейромедиаторов серотонин, дофамин, норадреналин, а также реакцию на стресс, есть первичное нарушение.

С генетической точки зрения было проведено интересное исследование, в котором были найдены семьи с двумя заболевшими одинаковым видом расстройства пищевого поведения членами семьи. Среди тех, у кого был поставлен диагноз анорексия, было найдено сходство в хромосомах 1, 3, 4. А те, у кого была булимия – в хромосоме 10.

В социокультурном пространстве поддерживается гипотеза о том, что одним из основных факторов риска возникновения расстройств пищевого поведения является стремление к пропагандируемому идеалу худобы как к символу успеха и красоты [4].

В личностной плоскости, проблемы развития, трудности приема пищи и череда травматических событий на этапах раннего детства повышают риск развития нарушений пищевого поведения. А такие личностные качества как перфекционизм, пониженная самооценка, склонность к игнорированию своих потребностей, но удовлетворению нужд других людей являются распространенными особенностями среди девушек, страдающих нервной анорексией. В случае нервной булимии, распространены импульсивность, низкий уровень самоконтроля, пониженная самооценка, антисоциальное поведение [8, 44].

С точки зрения семейных факторов многие исследования пришли к выводу о том, что семейное окружение играет важную роль в повышении риска развития нарушений пищевого поведения или их симптомов у одного из членов семьи. Так, например, тип привязанности и семейная динамика, так

же как и проблемы в детско – родительских отношениях могут стать факторами риска возникновения психологических и межличностных трудностей у человека. А непринятие и повышенная критика привести к депрессии и нарушению пищевого поведения.

1.2 Психологические особенности лиц, страдающих расстройством пищевого поведения

Пищевое поведение человека характеризуется как сложный комплексный процесс, состоящий из психологических, физиологических и социальных факторов. Таким образом, пищевое поведение представляет собой:

- способ разрядки психоэмоционального напряжения;
- самоцель как результат чувственного наслаждения;
- специфический элемент общения при нахождении человека в коллективе;
- фактор самоуважения, когда первостепенную роль играют представления о престижности пищи и о соответствующей «солидной» внешности;
- удовлетворение эстетической потребности [29].

В современном обществе различные расстройства пищевого поведения характеризуются как глобальная психологическая проблема, достаточно часто встречаются такие понятия, как «анорексия» и «булимия». К сожалению, в какой-то степени популярность анорексии определяют современные модные тенденции, распространенные в обществах с высоким уровнем жизни. Именно необдуманное следование модным тенденциям приводит к таким печальным психологическим последствиям, как нарушение пищевого поведения [16].

С психологической стороны, употребление пищи может быть связано не только с утолением голода. Согласно некоторым гипотезам, употребление

пищи может быть связано с наличием некоторых эмоциональных расстройств, чаще всего, это повышенная тревожность, стрессовые ситуации, депрессия. Стиль питания отражает эмоциональные потребности и душевное состояние человека. При возникновении эмоционального неблагополучия удовлетворение голода способствует формированию внутреннего комфорта и определенной защищенности. При подавлении агрессивных эмоций, а также при отсутствии выражения их с помощью произвольного поведения, формируется остаточное напряжение с последующим хроническим негативным влиянием на процесс пищеварения [30].

Понимание психологических особенностей людей, страдающих расстройствами пищевого поведения, имеет решающее значение, как для профилактики, так и для эффективного лечения [19].

В современном обществе количество людей, страдающих расстройством пищевого поведения, становится всё больше, а их возраст становится все ниже [9].

Развитию расстройств пищевого поведения могут способствовать разные факторы. Выделим их.

Генетика.

Семейный анамнез расстройств пищевого поведения может увеличить риск развития расстройства пищевого поведения у человека. Генетические факторы играют значительную роль в предрасположенности некоторых людей к этим состояниям. Исследования показывают, что определенные гены могут быть связаны с повышенной уязвимостью к расстройствам пищевого поведения [23].

Психологические факторы.

Различные психологические факторы способствуют развитию расстройств пищевого поведения. К ним относятся низкая самооценка, неудовлетворенность своим телом, перфекционизм и склонность к обсессивно-компульсивному поведению. «Люди с расстройствами пищевого поведения часто используют контроль над потреблением пищи как способ

справиться с негативными эмоциями и сохранить чувство контроля в своей жизни» [32].

Социокультурные факторы, такие как изображение в средствах массовой информации нереалистичных стандартов красоты и давление общества, требующее соответствовать этим стандартам, могут влиять на развитие расстройств пищевого поведения. Воздействие изображений, пропагандирующих худобу и акцентирующих внимание на внешнем виде, может способствовать неудовлетворенности телом [22, 5].

Детская травма. Травматические переживания в детстве, такие как физическое или сексуальное насилие, могут быть связаны с развитием расстройств пищевого поведения. Некоторые люди могут использовать неупорядоченное питание в качестве механизма преодоления эмоциональных последствий таких травм [21].

Рассмотрим подробнее психологические особенности лиц, имеющих нарушения пищевого поведения.

Искажение изображения тела.

«Люди с расстройствами пищевого поведения часто воспринимают свое тело иначе, чем на самом деле. Они часто считают себя людьми с избыточным весом, даже если у них недостаточный вес. Это искаженное представление о себе способствует их одержимости весом и внешним видом» [2, 36].

Низкая самооценка и перфекционизм.

Низкая самооценка и сильное стремление к совершенству являются распространенными психологическими чертами среди людей с расстройствами пищевого поведения. Эти люди часто связывают свою самооценку со способностью контролировать свое питание и вес [40].

Депрессия и тревога.

Многие люди с расстройствами пищевого поведения также страдают от депрессии и тревоги. Постоянное стремление придерживаться строгих диетических привычек в сочетании с давлением общества и негативным

образом своего тела может привести к эмоциональному расстройству [46, 17].

Эмоциональная регуляция.

Некоторые люди с расстройствами пищевого поведения используют пищу как способ справиться со своими эмоциями. Переедание или ограничение потребления пищи может обеспечить временное чувство контроля или облегчение от эмоционального потрясения.

Социальная изоляция.

«Расстройства пищевого поведения могут привести к социальной изоляции. Страдающие могут избегать общественных мероприятий или изолировать себя из-за стыда или озабоченности едой и образом тела» [10].

Проблемы контроля.

Расстройства пищевого поведения часто отражают потребность в контроле. Люди могут чувствовать, что их жизнь хаотична, а строгие диетические правила обеспечивают ощущение структуры и контроля [33].

Слабо выраженная устойчивость к стрессовым ситуациям, которыми наполнена жизнь, а также низкий уровень адаптированности и приспособляемости к сложным и кризисным ситуациям, трудности переживания конфликтов, связанные с дефицитом личностных ресурсов, часто являются причиной возникновения расстройства пищевого поведения [39].

Мотивационно-потребностная сфера также имеет влияние на риск формирования расстройств пищевого поведения. Обширные исследования показывают, что то, «как люди воспринимают свои потребности и реагируют на них, может существенно повлиять на их пищевое поведение. В частности, было обнаружено, что три психологические потребности в автономии, компетентности и связанности, как это предлагается в теории самоопределения, играют решающую роль в возникновении и поддержании расстройств пищевого поведения» [26].

Люди с расстройствами пищевого поведения часто проявляют

нарушенное чувство автономии, поскольку их пищевое поведение определяется жесткими правилами, ритуалами и страхом потерять контроль. Жесткость в выборе продуктов питания, экстремальные диеты и навязчивый подсчет калорий являются распространенными проявлениями этой депривации потребностей, приводящими к развитию расстройств пищевого поведения [20, 4].

«Компетентность относится к необходимости чувствовать себя эффективным и успешно выполнять задачи. Люди с расстройствами пищевого поведения могут придавать чрезмерное значение своему образу тела и весу как показателям компетентности. Это стремление к перфекционизму и контролю может привести к расстройству пищевого поведения. Нервная анорексия часто сопровождается искаженным представлением о теле, одержимостью худобой и компульсивными физическими упражнениями, в то время как нервная булимия и переедание могут возникать из-за борьбы за регулирование привычек питания и последующего чувства вины и стыда» [26].

Люди с расстройствами пищевого поведения могут испытывать трудности в поддержании здоровых отношений, что приводит к повышенному риску изоляции и одиночества. Такие люди могут полагаться на свое неупорядоченное пищевое поведение как на замену эмоциональной близости или как на метод осуществления контроля в своих отношениях. Лишение этой потребности может способствовать развитию расстройства переедания как механизма преодоления эмоционального стресса [3].

В целом, мотивационно-потребностная сфера личности играет значительную роль в формировании расстройств пищевого поведения. Потребности в автономии, компетентности и связях, когда они не удовлетворены или искажены, могут привести людей к неадаптивному пищевому поведению как способу восстановить контроль или компенсировать недостатки в других сферах своей жизни. Понимание этих мотивационных факторов может помочь в разработке целенаправленных

стратегий профилактики и коррекции расстройств пищевого поведения, направленных на улучшение мотивации, удовлетворение потребностей и улучшение общего самочувствия [7].

Также на возникновение расстройств пищевого поведения влияет общая напряженность социальных отношений, психических нагрузок, отсутствие сформированной системы ценностей, выраженная самоуверенность при низкой самооценке [14, 15].

Кроме того, многими учёными отмечено, что личность с расстройством пищевого поведения часто имеет черты незрелости: не выраженность интеллектуально-духовных предпочтений, отсутствие твердых нравственных норм, психическую неустойчивость, ненасытность, безответственность и конформность [18, 34].

«Склонная к расстройству пищевого поведения личность тяжело переносит трудности повседневной жизни и стрессовые ситуации. Личность, потенциально склонная к расстройству пищевого поведения стремится оградить себя от реального мира, не уделяет своё время всем сферам в целостности, акцентируя это внимание какой-то одной из них, используя свой образ жизни в качестве маскировки комплекса неполноценности» [11].

Также выделяют повышенное стремление человека с расстройством пищевого поведения к любви и одобрению, не полученному ввиду неправильно выстроенного отношения в семье, а также страдание от синдрома дефицита удовольствия – как следствие, постоянным чувствам скуки и тоски [37].

Кроме того, многие исследователи подчёркивают, что расстройство пищевого поведения может возникать на основе мотивации облегчения стресса и самоуспокоения, преподнесения употребления пищи как подарка/награды для себя, взгляд на еду на «друга/компаньона» по жизни, с целью избегания скуки и обогащения эмоциями [26, 27].

«Люди с расстройством пищевого поведения являются личностями с крайне неустойчивой эмоциональной организацией. Они иначе реагируют на

проблемы, иначе взаимодействуют с социумом, имеют иное видение стрессовых и кризисных ситуаций. Их мировосприятие искажено призмой эго, они чаще других в течение жизни ощущают себя неправильными, чувствуют отчуждение и одиночество. Они имеют ряд трудностей, связанных с недостатком эмоционального интеллекта и пониженной стрессоустойчивостью» [25].

Используя информацию, полученную из различных источников в ходе эмпирических и теоретических исследований, было выявлено, что люди с расстройством пищевого поведения имеют психологические особенности, они отличаются неуверенностью в себе, зависимостью от мнения окружающих, наличием созависимых отношений, выраженным чувством вины, сниженным уровнем эмоционального интеллекта и низкой стрессоустойчивостью. То есть, они имеют меньшую эмоциональную гибкость, но при этом высокую конформность, сложности в построении любого рода отношений, отстаивании личных границ и так далее. Они испытывают сложности с идентификацией и проживанием своих чувств и вызванных ими эмоциональных состояний, им трудно дается управление своими эмоциями, не говоря об эмоциях других людей. Со стороны стрессоустойчивости можно отметить склонность к погружению в кризисные эмоциональные состояния, вместо поиска решения проблемы, проблемы с адаптацией к обыденности, подсознательное стремление избежать, изолироваться от проблемы.

1.3 Виды и методы психологической помощи людям с нарушением пищевого поведения

Расстройства пищевого поведения связаны не только с едой, но скорее с проявлением более глубоких психологических проблем, таких как низкая самооценка, неудовлетворенность своим телом и эмоциональный стресс. Подход к лечению включает в себя различные ключевые элементы. Методы

психологической помощи людям с нарушением пищевого поведения направлены на устранение психологических аспектов расстройств пищевого поведения и пропаганду более здорового отношения и поведения, связанного с едой и образом тела [5].

Психологическая работа по своим задачам, методам, формам представляет собой многообразные виды методов и техник.

Расстройства пищевого поведения – это сложные состояния психического здоровья, которые могут иметь серьезные последствия для физического и эмоционального благополучия человека. Понимание этапов, связанных с лечением этих расстройств, имеет решающее значение для эффективного вмешательства и поддержки.

Выделяют три этапа работы с нарушением пищевого поведения:

Первым этапом работы с расстройствами пищевого поведения является распознавание признаков и симптомов и постановка правильного диагноза. Важно осознавать, что расстройства пищевого поведения могут проявляться у разных людей по-разному, и некоторые могут умело скрывать свои проблемы.

Важно проявлять бдительность и узнавать о предупреждающих признаках, таких как значительная потеря веса, заикленность на образе тела, чрезмерные физические нагрузки и неправильные привычки в еде. Раннее выявление увеличивает шансы на успешное вмешательство.

Как только у человека диагностируется расстройство пищевого поведения, акцент смещается на обеспечение соответствующего лечения и поддержки. Второй этап предполагает междисциплинарный подход, включающий медицинские, психологические вмешательства и меры по питанию. Цель состоит в том, чтобы рассмотреть, как физические, так и психологические аспекты расстройства.

Медицинское вмешательство может включать стабилизацию здоровья человека путем восстановления веса, лечения любых медицинских осложнений и мониторинга жизненно важных показателей.

Психологическая терапия, такая как когнитивно-поведенческая терапия, направлена на устранение искаженных мыслей и убеждений, связанных с едой и образом тела. Консультирование по вопросам питания помогает восстановить здоровые отношения с пищей, создать сбалансированный рацион питания и обеспечить просвещение по вопросам правильного питания.

На этом этапе поддержка близких имеет решающее значение. Друзья и члены семьи должны проявлять сочувствие, ободрение и понимание, одновременно обеспечивая подотчетность и поощряя практику самопомощи.

Заключительный, третий этап включает в себя профилактику рецидивов и постоянную поддержку для обеспечения долгосрочного выздоровления. Расстройства пищевого поведения являются хроническими состояниями, и люди могут быть подвержены рецидивам, особенно во время стресса или триггерных факторов. На этом этапе основное внимание уделяется оснащению людей механизмами совладания, повышению самосознания и созданию мощной системы поддержки.

Непрерывная терапия, как индивидуальная, так и групповая, помогает людям выработать более здоровые стратегии преодоления, повысить самооценку и поддерживать сбалансированный подход к питанию и образу тела. Постоянная поддержка жизненно важна для предотвращения рецидивов и обеспечения системы безопасности при возникновении проблем [41].

Понимая и эффективно решая каждый этап, люди могут получать необходимую помощь и достигать долгосрочного выздоровления. Раннее выявление, междисциплинарный подход и мощная система поддержки имеют решающее значение для оказания помощи людям в преодолении расстройства пищевого поведения [13].

Анализ отечественной и зарубежной литературы позволил выделить основные подходы в работе с клиентами, имеющими нарушения пищевого поведения.

Одним из основных подходов в работе с клиентами с расстройствами

пищевого поведения является принятие подхода, основанного на сотрудничестве и сопереживании. Важно создать доверительную и непредвзятую среду, в которой клиенты чувствуют себя в безопасности, делясь своим опытом. Активное слушание и демонстрация эмпатии могут помочь создать прочный терапевтический альянс, побуждая клиентов открыться и включиться в процесс выздоровления [26].

Когнитивно-поведенческая терапия – широко используемое психологическое вмешательство в лечении расстройств пищевого поведения. Она фокусируется на выявлении и преодолении искаженных мыслей и убеждений, связанных с едой, образом тела и самооценкой. Помогая клиентам понять связь между мыслями, эмоциями и поведением, данный подход стремится развить более здоровые механизмы совладания и способствовать позитивным изменениям в их пищевом поведении.

Мотивационное интервьюирование – это подход, который фокусируется на изучении и укреплении мотивации и стремления клиентов к переменам. Он включает в себя открытые вопросы, рефлексивное слушание и аффирмации, помогающие клиентам осознать влияние расстройства пищевого поведения на их жизнь. Повышая внутреннюю мотивацию клиентов, медицинские работники могут направлять их к устойчивым изменениям в своем пищевом поведении.

Семейная терапия, также известная как подход Модсли, специально разработан для подростков с расстройствами пищевого поведения. Он предполагает активное вовлечение семьи в процесс лечения. Цель семейной терапии – дать родителям возможность взять на себя ответственность за рацион питания своего ребенка, постепенно перекладывая ответственность обратно на подростка по мере его развития. Этот подход признает жизненно важную роль семьи в поддержке выздоровления члена семьи.

Диалектическая поведенческая терапия. Она сочетает элементы когнитивно-поведенческой терапии с методами осознанности и принятия. Это особенно эффективно для клиентов с расстройствами пищевого

поведения, которые борются с эмоциональной дисрегуляцией и саморазрушительным поведением. Диалектическая поведенческая терапия уделяет особое внимание обучению навыкам эмоциональной регуляции, терпимости к стрессу и эффективности межличностных отношений. Развивая эти навыки, клиенты учатся более здоровым способам справляться с сильными эмоциями и сложными ситуациями, способствуя их выздоровлению [26].

Работа с клиентами, страдающими расстройствами пищевого поведения, требует применения конкретных подходов, способствующих пониманию, сотрудничеству и расширению прав и возможностей. Применяя подходы, основанные на сотрудничестве и сопереживании, используя основанные на фактических данных методы коррекции, такие как когнитивно-поведенческая терапия, и вовлекая семьи, когда это необходимо, можно поддержать клиентов в их восстановлении после расстройств пищевого поведения. Сострадательный и индивидуальный подход имеет решающее значение для того, чтобы помочь людям восстановить здоровые отношения с пищей и своим телом.

Приоритетные направления работы с людьми, имеющими нарушения пищевого поведения, зависят от специфики психологических особенностей, которыми обладают такие личности [12].

Необходимо сформировать во взаимодействиях с другими реалистичное, адекватное восприятие окружающих, не идеализируя их.

Психологическая работа с людьми, имеющими нарушения пищевого поведения, должна быть направлена на получение следующих позитивных результатов: обеспечение эффективного эмоционального отреагирования, придание ему социально приемлемых допустимых форм. При этом открываются принципиально новые возможности качественного преобразования негативных эмоций в позитивные [13].

Воздействие специалиста должно быть направлено на устранение психологических блоков и восприятие мира в новом очертании, который

ранее был недоступен для собственного осознания человеком [42].

Эффективная психологическая работа по отношению к клиенту, имеющему нарушения пищевого поведения, должна быть реализована с учётом следующих положений:

- всегда обращать внимание на свои желания и внутренние потребности, учитывая происходящие в реальной жизни ситуации;
- нельзя подавлять свои эмоции и чувства, что позволяет накапливать внутренний негатив к окружающей среде и нарушать контакты;
- выражать свои внутренние потребности через творчество, общение или какую-либо человеческую деятельность;
- развивать быстрый отклик на любые эмоции и переживания;
- обогащение внутренних ресурсов;
- стремление к телесным контактам с окружающей средой, благодаря которым развивается чувственный опыт;
- стремление к аутентичности – развитию гармоничных отношений со своим организмом.

Можно использовать следующие методы работы с клиентами, имеющими нарушения пищевого поведения:

- работа через чувственный опыт человека;
- выполнение упражнений, направленных на способность выразить свое эмоциональное состояние с помощью образов, движений и так далее;
- проведение анализа воспоминаний;
- обыгрывание ситуаций и чувств через метод «вымышленного персонажа».

При работе с клиентами, имеющими нарушения пищевого поведения, ставятся две основные группы задач, которые направлены на решение со стороны психолога и со стороны клиента.

Первая группа задач – оказание помощи в умении обратить внимание на собственные барьеры и построение препятствий для удовлетворения своих

потребностей. Это происходит через построение человеком психологических блоков. Задача психолога найти вместе с клиентом способы удовлетворения потребностей.

Вторая группа задач – проведение рефлексии через такие процессы, как осознание и выражение своих чувств [1].

Главной задачей является подведение клиента к умению осознавать себя, принять себя и работать со своими внутренними барьерами и желаниями.

В рамках терапии нарушений пищевого поведения определены психологические принципы:

- принцип саморегуляции – заключается в повышении возможности клиента самому регулировать мысли, чувства, воспоминания, жизненно важные решения и процесс развития его личности и поведения;
- принцип интеграции – включает в себя повышение уровня осознания, понимания и оценки жизненных ситуаций и событий;
- принцип понимания – включает в себя процесс понимания основных факторов, которые способствовали формированию нарушений пищевого поведения;
- принцип социальной компетентности – постоянное повышение знаний об окружающей социальной среде, развитии навыков эмпатии, создания и поддержания теплых, доверительных, эмоционально значимых отношений с другими людьми;
- принцип самоэффективности – постоянное развитие стратегий эффективного поведения и понимания себя как эффективной личности [26].

Вот несколько ключевых подходов к оказанию помощи людям с расстройствами пищевого поведения:

Индивидуализированная терапия. Составление планов лечения с учетом уникальных психологических проблем каждого пациента, часто с использованием когнитивно-поведенческой терапии, диалектической

поведенческой терапии или межличностной терапии.

Когнитивно-поведенческая терапия – это основанный на фактических данных подход, который помогает людям выявлять и оспаривать свои искаженные мысли и убеждения о еде, весе и образе тела.

Она учит стратегиям совладания с тревогой и дистрессом, не прибегая к нездоровому пищевому поведению. Когнитивно-поведенческая терапия эффективна как при анорексии, так и при булимии и может проводиться в рамках индивидуальной или групповой терапии.

Семейная терапия вовлекает в процесс лечения всю семью, особенно подростков с расстройствами пищевого поведения. Она направлена на то, чтобы помочь родителям играть активную роль в поддержке выздоровления своего ребенка или подростка, обеспечении адекватного питания и устранении семейных факторов, которые могут способствовать развитию расстройства [35, 38].

Устранение эмоциональных триггеров. Изучение эмоциональных факторов и факторов окружающей среды, которые способствуют развитию и поддержанию расстройств пищевого поведения [24].

Системы поддержки. Поощрение участия семьи и друзей в процессе выздоровления, поскольку социальная поддержка играет решающую роль.

Таким образом, психологическая работа с клиентами, имеющими нарушение пищевого поведения, представляет собой целостную систему мер, представляющую приоритетное направление в решении проблем, связанных с формированием нарушений пищевого поведения. Психокоррекция реализуется за счет подходов, сфокусированных на психосоциальных факторах, содействующих развитию нарушений пищевого поведения, с использованием комплекса мер, которые направлены на выявление и устранение причин и условий, которые способствуют развитию нарушений пищевого поведения, ликвидацию негативных личностных, социальных и психологических последствий.

Выводы по первой главе

Расстройство пищевого поведения – это сложное состояние психического здоровья, характеризующееся нарушенным пищевым поведением, негативным образом тела, интенсивной озабоченностью едой и весом. В основе этого поведения лежат обсессивная и компульсивная занятость едой, весом, своим внешним видом, пониженная самооценка и искаженное восприятие себя.

Расстройства пищевого поведения являются многогранной поведенческой проблемой медицины. На сегодняшний день, расстройства пищевого поведения рассматриваются с точки зрения био-психосоциального подхода, который учитывает биологические, психологические, социальные, наследственные и семейные факторы.

Семейное окружение играет важную роль в повышении риска развития нарушений пищевого поведения или их симптомов у одного из членов семьи.

Люди с расстройством пищевого поведения имеют психологические особенности, они отличаются неуверенностью в себе, зависимостью от мнения окружающих, наличием созависимых отношений, выраженным чувством вины, сниженным уровнем эмоционального интеллекта и низкой стрессоустойчивостью. Они имеют меньшую эмоциональную гибкость, но при этом высокую конформность, сложности в построении любого рода отношений, отстаивании личных границ и так далее. Они испытывают сложности с идентификацией и проживанием своих чувств и вызванных ими эмоциональных состояний, им трудно дается управление своими эмоциями.

Психологическая работа с клиентами, имеющими нарушение пищевого поведения, представляет собой целостную систему мер, представляющую приоритетное направление в решении проблем, связанных с формированием нарушений пищевого поведения. Психокоррекция реализуется за счет подходов, содействующих развитию нарушений пищевого поведения, направленных на выявление и устранение причин и условий, которые

способствуют развитию нарушений пищевого поведения.

Эффективная психологическая работа с человеком, имеющим нарушения пищевого поведения, должна быть реализована с учётом следующих положений:

- всегда обращать внимание на свои желания и внутренние потребности, учитывая происходящие в реальной жизни ситуации;
- выражать эмоции и чувства, что позволяет не накапливать внутренний негатив к окружающей среде и нарушать контакты;
- выражать свои внутренние потребности через творчество, общение или какую-либо человеческую деятельность;
- развивать быстрый отклик на любые эмоции и переживания;
- обогащение внутренних ресурсов;
- стремление к телесным контактам с окружающей средой, благодаря которым развивается чувственный опыт;
- стремление к аутентичности – развитию гармоничных отношений со своим организмом.

Глава 2 Эмпирическое исследование психологических особенностей лиц, страдающих расстройством пищевого поведения

2.1 Процедура и методы исследования

Экспериментальное исследование проводилось на базе ГБУЗ СО «Тольяттинский психоневрологический диспансер». Исследование проводилось в период практики, совместно и под руководством сотрудников ГБУЗ СО «Тольяттинский психоневрологический диспансер».

В исследовании участвовало 30 человек (15 мужчин и 15 женщин) с диагнозами «Атипичная нервная анорексия», «Нервная булимия», «Атипичная нервная булимия» (в возрасте от 20 до 30 лет) – экспериментальная группа и 30 человек (15 мужчин и 15 женщин) без расстройства пищевого поведения – контрольная группа. У респондентов с расстройством пищевого поведения ранее был установлен данный диагноз, других диагнозов не было.

Цель исследования: выявление личностных особенностей людей с расстройством пищевого поведения.

Гипотеза: люди с расстройством пищевого поведения имеют определённые личностные особенности, а именно:

- неуверенность в себе;
- высокий уровень сепарационной тревоги;
- склонность к переживанию вины.

В ходе первого этапа исследования изучалась литература по проблеме исследования, формулировались теоретико-методологические положения, цели и задачи работы.

На втором этапе продолжался анализ литературы, и было проведено исследование.

Проведенное исследование позволило построить теоретическую модель работы, конкретизировать задачи и гипотезу исследования.

На третьем этапе обобщались, анализировались и интерпретировались полученные данные, намечалась перспектива дальнейшего исследования проблемы.

Для решения поставленных задач в работе были использованы следующие методы:

- эмпирические методы (тестирование как психодиагностический метод);
- методы обработки данных (математико-статистические методы);
- интерпретационные методы (анализ результатов эмпирического исследования);
- психодиагностические методики: тест отношения к приему пищи ЕАТ - 26, «Опросник вины» К. Куглера, тест сепарационной тревоги взрослых ASA-27, тест уверенности в себе В.Г. Ромека;
- Тест отношения к приему пищи ЕАТ – 26.

Данная методика разработана Институтом психиатрии Кларка университета Торонто в 1979 году. Шкала включает в себя анализ симптомов, которые могут свидетельствовать о нарушении пищевого поведения. Субшкалы в тесте не выделяются. Симптомы относятся к эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферам. На основе данного теста невозможно поставить диагноз, но эмпирически полученный высокий балл, а именно больше 20, означает высокую вероятность наличия расстройства пищевого поведения, в основном нервная анорексия и нервная булимия, и требует дополнительного исследования. Данная методика позволяет выявить «группу риска».

Данный тест использовался для определения степени тяжести симптоматики для группы респондентов. Чем выше был балл, тем сильнее выражалось их расстройство пищевого поведения. А также этот тест использовался для контрольной группы того, чтобы исключить вероятность того, что в контрольной группе окажется человек без диагноза, но с явно выраженной симптоматикой. К тому же, несмотря на то, что результаты

опроса контрольной выборки варьировались от 0 до 16, можно предположить, что чем больше баллов испытуемые получали, тем больше разных особенностей отношений к приему пищи у них наблюдалось. Данные результаты позволят использовать эту характеристику в исследовании системы взаимосвязей.

«Опросник вины» К. Куглера.

В 1991 году в США доктор Карен Куглер и профессор Уоррен Х. Джонс разработали «Опросник Вины, перевод и адаптацию которого на русский язык был осуществлен И. А. Белик в работе «Чувство вины в связи с особенностями развития личности».

Методика содержит 45 утверждений, которые предлагается оценить по 5-ти бальной шкале. Методика помогает рассмотреть чувство вины в контексте системы ценностей. По словам И. А. Белик, переживание вины тесно связано с данной системой, как результат нарушения личных и социальных «норм».

Тест Сепарационной Тревоги Взрослых ASA-27.

Данная методика (Manicavasagar et al., 2003) содержит 27 вопросов, основанные на схожих критериях сепарационного расстройства детского возраста, описанного в Международной классификации болезней (МКБ-10) и в американском руководстве по диагностике и статистике психических расстройств DSM-V.

Каждый вопрос содержит утверждение, которое описывает возможное состояние и оценивается по четырех-балльной шкале. Чем больше баллов респондент получает, тем более выражены у него элементы сепарационной тревоги. Максимальный эмпирический бал равен 81, минимальный эмпирический бал – 2. Можно выделить четыре степени выраженности сепарационной тревоги: 0-18 баллов - низкий уровень; 19-37 - средний уровень; 38-56 - высокий уровень; выше 57 - очень высокий уровень. Методика ASA-27 была переведена на русский язык и апробирована на русскоязычной выборке Дитюк Анастасией Александровной.

Валидность и надежность экспериментально подтверждены.

Тест уверенности в себе В.Г. Ромека.

Данный психологический тест разработан для оценки уверенности человека в себе. Результаты теста оцениваются по трем шкалам:

– шкала общей уверенности в себе; высокие оценки по данной шкале – признак наличия у респондента способности к принятию решений в трудных ситуациях и контроле своих действий;

– шкала социальной смелости; утверждения данной шкалы нацелены на эмоциональные процессы, которые сопровождают выбор поведения и появляются при необходимости оценки своих навыков и способностей;

– шкала инициативы – высокие значения по данной шкале свидетельствуют о том, что испытуемый способен проявлять инициативу и предприимчивость в социальных взаимодействиях, также способен предложить свой способ решения проблемной ситуации. Кроме того, испытуемый заинтересован в результативности взаимодействия с людьми.

Значения по перечисленным шкалам получаются путём суммированием полученных баллов по прямым и обратным вопросам.

2.2 Результаты исследования и анализ полученных данных

Для диагностики наличия расстройств пищевого поведения у респондентов экспериментальной и контрольной групп была применена методика «ЕАТ-26: тест отношение к приему пищи». Результаты графически представлены на рисунке 1.



Рисунок 1 - Результаты диагностики нарушений пищевого поведения по методике «ЕАТ-26: тест отношение к приему пищи»

Анализ результатов, полученных посредством данной методики показал, что у 86,67% испытуемых экспериментальной группы выявлен высокая вероятность наличия отклонений в пищевом поведении вплоть до развития клинически выраженных расстройств. Для данных респондентов свойственны наличие страха лишнего веса, в связи с чем, они отказывают себе в приеме пищи, стараются есть порционно, после приема пищи испытывают чувство вины, повышенное беспокойство о состоянии фигуры и количества телесного жира. Для некоторых испытуемых данной группы, наоборот, свойственны постоянные мысли о еде, непреодолимое желание постоянно есть, отсутствие контроля за калорийностью еды.

У 13.3 % респондентов экспериментальной группы результаты показали отсутствие нарушений пищевого поведения.

В контрольной группе преобладают респонденты, у которых не диагностировано никаких отклонений пищевого поведения 90%, они

стараятся принимать себя такими, какие есть, не испытывают дискомфорта в связи с лишним весом или излишней худобой. Риск развития расстройств пищевого поведения выявлен у 10% людей контрольной группы

Для определения значимости выявленных различий в экспериментальной и контрольной группе полученные данные были подвержены сравнительному анализу с применением критерия различий Манна Уитни. Выбор критерия обусловлен тем, что данные по шкале методики «ЕАТ – 26» не имеют нормального распределения. Проверка на нормальность распределения проведена с помощью критерия Колмогорова – Смирнова (Приложение Б). Математическая обработка результатов исследования проводилась в программе IBM SPSS Statistics 23.

Результаты сравнительного анализа представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Результаты сравнительного анализа риска расстройств пищевого поведения в экспериментальной и контрольной группе по методике «ЕАТ-26: тест отношение к приему пищи»

Название показателя и методики	∑ рангов		U- критерий Манна – Уитни и достоверность различий	Среднее значение	
	Экспериментальная группа (n=30)	Контрольная группа (n=30)		Экспериментальная группа (n=30)	Контрольная группа (n=30)
ЕАТ - 26	1320	510	U = 45 p<0,01	28,07	8.90

Сравнительный анализ показал, наличие статистически значимых различий по показателю уровня развития риска расстройств пищевого поведения на высоком уровне значимости (U = 45 p<0,01). Это подтверждает, что в экспериментальной группе у респондентов выявлен более высокий уровень развития риска расстройств пищевого поведения.

Результаты диагностики уровня сепарационной тревоги по опроснику «Сепарационная тревога у взрослых» ASA-27, представленные на рисунке 2.

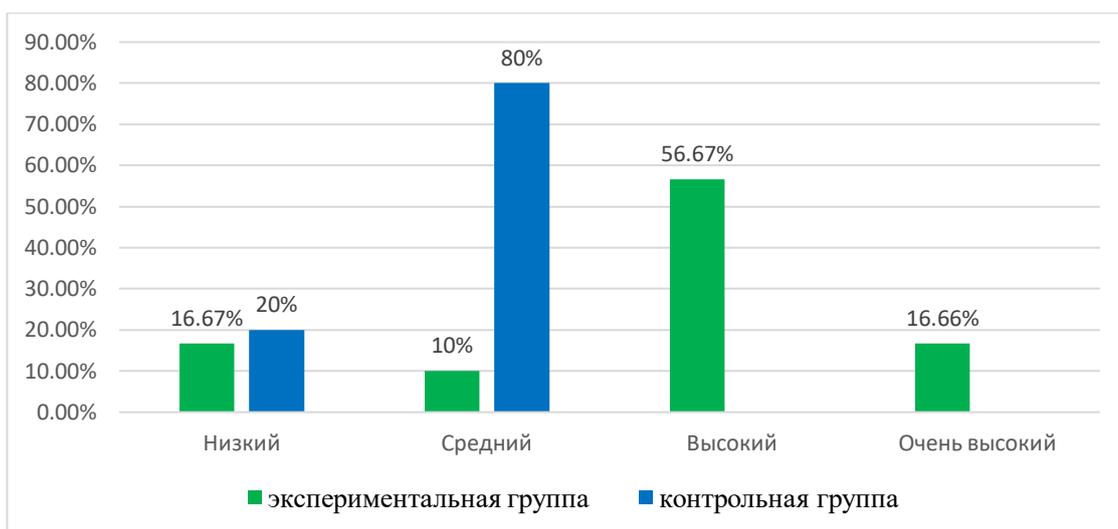


Рисунок 2 – Результаты диагностики уровня сепарационной тревоги по опроснику «Сепарационная тревога у взрослых» ASA-27

Результаты диагностики показали, что для 16,66% респондентов экспериментальной группы характерен очень высокий уровень сепарационной тревоги. Они чувствуют себя в безопасности только рядом с близкими людьми, пребывание среди незнакомых людей и в незнакомой обстановке вызывает у них повышение тревожности, они с трудом покидают привычную для себя обстановку. Они боятся даже думать о возможной разлуке с близкими людьми. Напряженные отношения с близкими людьми и ссоры сильно их расстраивают. Данные испытуемые не только боятся потерять близких для себя людей, но и прилагают все усилия, чтобы удержать их рядом с собой, сильно тревожатся, когда близкие уезжают куда-то без них и пытаются держать все под контролем. Мысли о разлуке с близкими людьми вызывают соматические симптомы, такие, как повышенное потоотделение, повышение артериального давления, учащение сердцебиения и так далее.

У 56,67%% испытуемых с расстройством пищевого поведения выявлен высокий уровень сепарационной тревожности. Данные респонденты также панически боятся остаться одни и потерять близких людей, однако они спокойно могут пережить разлуку с близкими на небольшой срок. Но мысли

о возможности потери близких людей навсегда или на продолжительное время вызывает у них повышенную тревожность, психосоматические проявления на этом фоне.

У 10% респондентов экспериментальной группы выявлен средний уровень сепарационной тревоги. Данные люди также могут на не очень длительное время расставаться с близкими людьми, уезжать в продолжительные путешествия, а также не контролируют местонахождение своих близких и не требуют от них отчета. Однако мысли о расставании с близкими людьми навсегда вызывает у них повышенную тревожность.

У 16,67% респондентов с расстройством пищевого поведения выявлен низкий уровень сепарационной тревоги. Согласно ответам, они не привязаны к определенному месту, легко адаптируются к новым условиям и людям, стараются не думать о возможной разлуке с близкими людьми или их потере.

В контрольной группе испытуемых с очень высоким и высоким уровнем сепарационной тревоги не выявлено, у 80% выявлен средний уровень сепарационной тревоги, а у 20% – низкий.

Таким образом, можно утверждать, что в группе испытуемых с расстройством пищевого поведения преобладает высокий уровень сепарационной тревожности, а в группе респондентов без расстройств пищевого поведения – средний уровень.

Для установления статистической значимости выявленных различий в уровне проявления сепарационной тревоги в экспериментальной и контрольной группе полученные данные были подвержены сравнительному анализу с применением критерия Манна–Уитни. Данные сравнительного анализа представлены в таблице 2.

Сравнительный анализ сепарационной тревоги выявил статистически значимые различия между группой с расстройством пищевого поведения и контрольной группой, что подтверждает гипотезу о том, что, по сравнению с контрольной группой, людей, страдающих расстройствами пищевого поведения, характеризует повышенный уровень сепарационной тревоги.

Таблица 2 – Результаты сравнительного анализа уровня сепарационной тревожности в экспериментальной и контрольной группе по методике «Сепарационная тревога у взрослых» ASA-27

Название показателя и методики	∑ рангов		U- критерий Манна – Уитни и достоверность различий	Среднее значение	
	Экспериментальная группа (n=30)	Контрольная группа (n=30)		Экспериментальная группа (n=30)	Контрольная группа (n=30)
ЕАТ - 26	1313,50	516,50	U = 51,5 p<0,01	32,43	15,13

Далее были проанализированы данные, полученные посредством опросника «Чувство вины» Карена Куглера. Результаты диагностики представлены на рисунке 3.

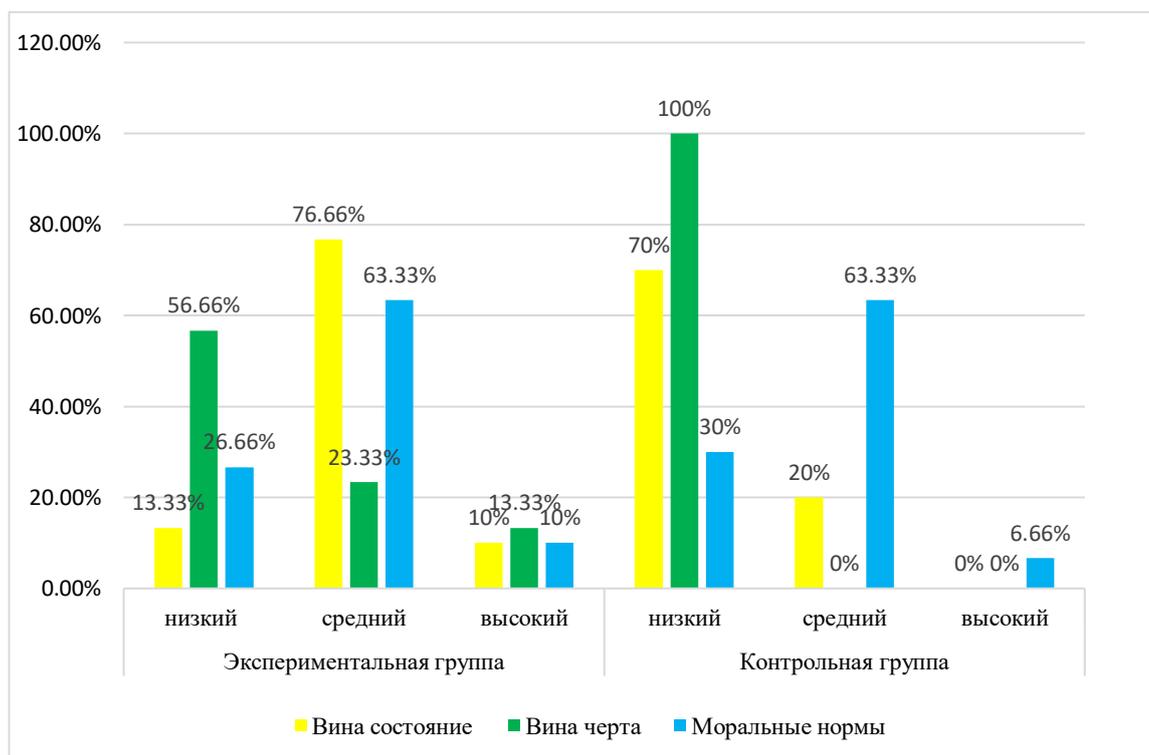


Рисунок 3 – Результаты диагностики склонности к проявлению чувства вины по методике «Опросник вины» Карена Куглера

Вина за поступки, совершенные недавно (вина как состояние), вина за давние поступки (вина-черта) и склонность следовать морально-этическим установкам (моральные нормы).

Итак, анализ ответов респондентов экспериментальной группы показал, что вину – состояние, то есть вину за недавно совершенные поступки испытывают в большой степени 10% респондентов и в средней степени 76,66% респондентов группы. Данные респонденты часто жалеют о совершенных поступках, у них отсутствует внутренняя гармония с собой, все поступки делятся ими только на хорошие и плохие. Они многое хотели бы изменить в своей прошлой жизни и исправить совершенные ошибки. У данных испытуемых преобладает плохое настроение и подавленное состояние в связи с осознанием своих неправильных, по их мнению, поступков.

У 13,33% в большей степени и у 23,33% испытуемых с расстройством пищевого поведения в средней степени чувство вины проявляется чертой характера, то есть оно присутствует у них всегда, независимо от ситуации. Для них свойственно анализировать всю свою жизнь и совершенные в ней ошибки, которых очень много, по их мнению. Они практически всегда испытывают чувство вины. Совершенные ошибки и их осознание вызывают негативные чувства к самой себе. Многие их поступки вызывают недовольство собой. Данные испытуемые осознают и отмечают, что чувство вины сопровождает их на протяжении всей жизни. Их часто мучают нарушения сна в связи с переживаниями относительно совершенных поступков.

У 10% испытуемых с расстройством пищевого поведения в большой степени и у 63,33% испытуемых с расстройством пищевого поведения в средней степени чувство вины проявляется как моральная норма, то есть оно возникает в случае нарушения морально-этических принципов, которых они придерживаются и которые прописаны в том обществе, членом которого они являются.

В контрольной группе вина как состояние выявлено у 20% испытуемых в средней степени, вина как черта – у респондентов данной группы не выявлена, вину на основе морали и ценностях испытывают с высокими значениями показателя 6,66% испытуемых, и со средним значением показателя 63,33% респондентов контрольной группы.

Таким образом, выявлено, что испытуемые с расстройством пищевого поведения более подвержены проявлениям вины по всем трем шкалам методики, а у респондентов без расстройства пищевого поведения – преобладает вина как моральная норма.

Для выявления значимости выявленных различий в характере проявления вины у испытуемых с расстройством пищевого поведения и без него полученные данные были подвержены сравнительному анализу с применением критерия Манна - Уитни. Полученные данные представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Результаты сравнительного анализа характера проявления чувства вины в экспериментальной и контрольной группе по опроснику «Чувство вины»

Название показателя и методики	∑ рангов		U- критерий Манна – Уитни и достоверность различий	Среднее значение	
	Экспериментальная группа (n=30)	Контрольная группа (n=30)		Экспериментальная группа (n=30)	Контрольная группа (n=30)
Вина – состояние	1317,00	513,00	U = 48,0 p<0,01	25,0000	15,8667
Вина – черта	1331,50	498,50	U = 33,5 p<0,01	41,7000	19,0667
Моральная норма	912,00	918,00	U = 447 p>0,05	43,7000	43,4333

Сравнительный анализ показал, что статистически значимыми являются различия по двум шкалам – вина-состояние (U=48, p<0.01) вина-черта (U=33.5, p<0.01), что говорит о том, что гипотеза подтвердилась –

испытуемых с расстройствами пищевого поведения характеризует вина, как черта характера в большей степени, чем испытуемых из контрольной группы. А также, что эти респонденты в большей степени испытывают вину в связи с какими-то определенными событиями, чем испытуемые из контрольной группы.

По шкале «Моральная норма» статистически значимых различий не выявлено, что говорит о том, что респонденты с расстройством пищевого поведения и здоровые в одинаковой степени готовы переживать вину в ситуации нарушения моральных норм.

Результаты показателей, выявленных в результате диагностики по методике «Тест уверенности в себе» представлены на рисунке 4.



Рисунок 4 – Результаты диагностики уверенности в себе по методике «Тест уверенности в себе» Ромека

Результаты диагностики уверенности в себе показали, что для людей с расстройством пищевого поведения свойственны преимущественно неуверенность в себе (70%), социальная робость, застенчивость (76,66%).

Пассивность в социальных контактах у испытуемых экспериментальной группы выявлена только у 26,66% респондентов. У 70% людей этой группы данный показатель имеет среднее значение. На неуверенность в себе у людей с расстройством пищевого поведения указывают такие особенности, как зависимость от других людей. Их поведение чаще всего ориентировано на других людей и их одобрение, они не могут действовать, не боясь осуждения. Для принятия важных решений людям с расстройством пищевого поведения необходимо больше времени, чем уверенным в себе людям.

О социальной робости респондентов экспериментальной группы говорят такие особенности, как смущение перед более авторитетными людьми, неумение принимать помощь от других. При этом они осознают, что их робость доставляет им в жизни неприятности и стараются с ней бороться. Из-за своей робости они часто стараются самостоятельно решать проблемы, но претерпевают многочисленные поражения. Также они не могут спокойно заводить новые знакомства и начинать разговор с новыми людьми.

На пассивность в социальных контактах у людей с расстройством пищевого поведения указывают уступчивость в спорах, принятие сложной ситуации и ее безысходности, неумение открыто обсуждать свои чувства и переживания с окружающими из-за нежелания загружать их своими проблемами.

Для испытуемых без расстройства пищевого поведения свойственны преобладание уверенности в себе (63,33% высокий уровень), социальная смелость (76,66% высокий уровень) и активность в социальных контактах (23,33 % высокий уровень, 76,66% средний уровень).

Для определения значимости выявленных различий в показателях, характеризующих уверенность в себе в экспериментальной и контрольной группе был проведен сравнительный анализ с применением критерия Манна – Уитни. Результаты представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Результаты сравнительного анализа показателей уверенности в себе, в экспериментальной и контрольной группе по методике «Тест уверенности в себе»

Название показателя и методики	∑ рангов		U- критерий Манна – Уитни и достоверность различий	Среднее значение	
	Экспериментальная группа (n=30)	Контрольная группа (n=30)		Экспериментальная группа (n=30)	Контрольная группа (n=30)
Уверенность в себе	592,00	1238,00	U = 127,00 p<0,01	25,0000	15,8667
Социальная смелость	516,50	1313,50	U = 51,50 p<0,01	41,7000	19,0667
Инициативность в социальных контактах	627,50	1202,50	U = 162,50 p<0,01	43,7000	43,4333

Итак, по результатам сравнительного анализа видно, что имеются статистически значимые различия по всем параметрам на уровне значимости $P=0,001$, что позволяет утверждать, что для людей с расстройством пищевого поведения свойственны неуверенность в себе, пассивность в социальных контактах и социальная робость.

2.3 Анализ взаимосвязи риска расстройства пищевого поведения и личностных особенностей

С целью выявления связей между степенью выраженности расстройства пищевого поведения (выраженной в результатах теста ЕАТ–26) и психологическими особенностями респондентов: уровнем сепарационной тревоги (выраженной в результатах опросника «Сепарационная тревога у взрослых» ASA-27), показателями чувства вины (выраженного в результатах «Опросника вины К. Куглера) и уверенности в себе (выраженной в показателях Теста уверенности в себе В.Г. Ромека) проведен корреляционный анализ с помощью критерия ранговой корреляции

Спирмена.

Результаты корреляционного анализа представлены корреляционной матрицей (Приложение В) и корреляционной плеядой (Рисунок 5).

В результате корреляционного анализа выявлена положительная статистически значимая корреляционная связь между «Отношением к приему пищи» и «Уровнем сепарационной тревожности» ($R=0,893$, $p < 0,01$), это говорит о том, что чем больше у респондентов проявляется сепарационная тревожность, тем больше вероятность появления расстройств пищевого поведения.

Данную связь можно объяснить тем, что нестабильные эмоциональные состояния и сильная тревожность по причине разлуки с домом или близкими людьми могут влиять на психологические аспекты пищевого поведения. Люди, испытывающие сепарационную тревожность, могут обращаться к еде в поисках утешения и снижения эмоционального дискомфорта, что может привести к расстройству пищевого поведения.

Выявлена отрицательная статистически значимая корреляционная связь между отношением к приему пищи и социальной зрелостью ($R= -0,916$, $p < 0,01$). Это говорит о том, что чем выше у личности способность и готовность к наиболее полной социальной самореализации, тем меньше возможность возникновения девиаций в пищевом поведении. И наоборот расстройства пищевого поведения могут иметь серьезные последствия для физического и психологического здоровья человека.

Замедленный метаболизм, низкий уровень энергии и плохое самочувствие могут приводить к ухудшению настроения и социального функционирования. В результате, люди с расстройствами пищевого поведения могут испытывать затруднения в установлении и поддержании социальных связей, проявлять неуверенность и ограниченность в общении.

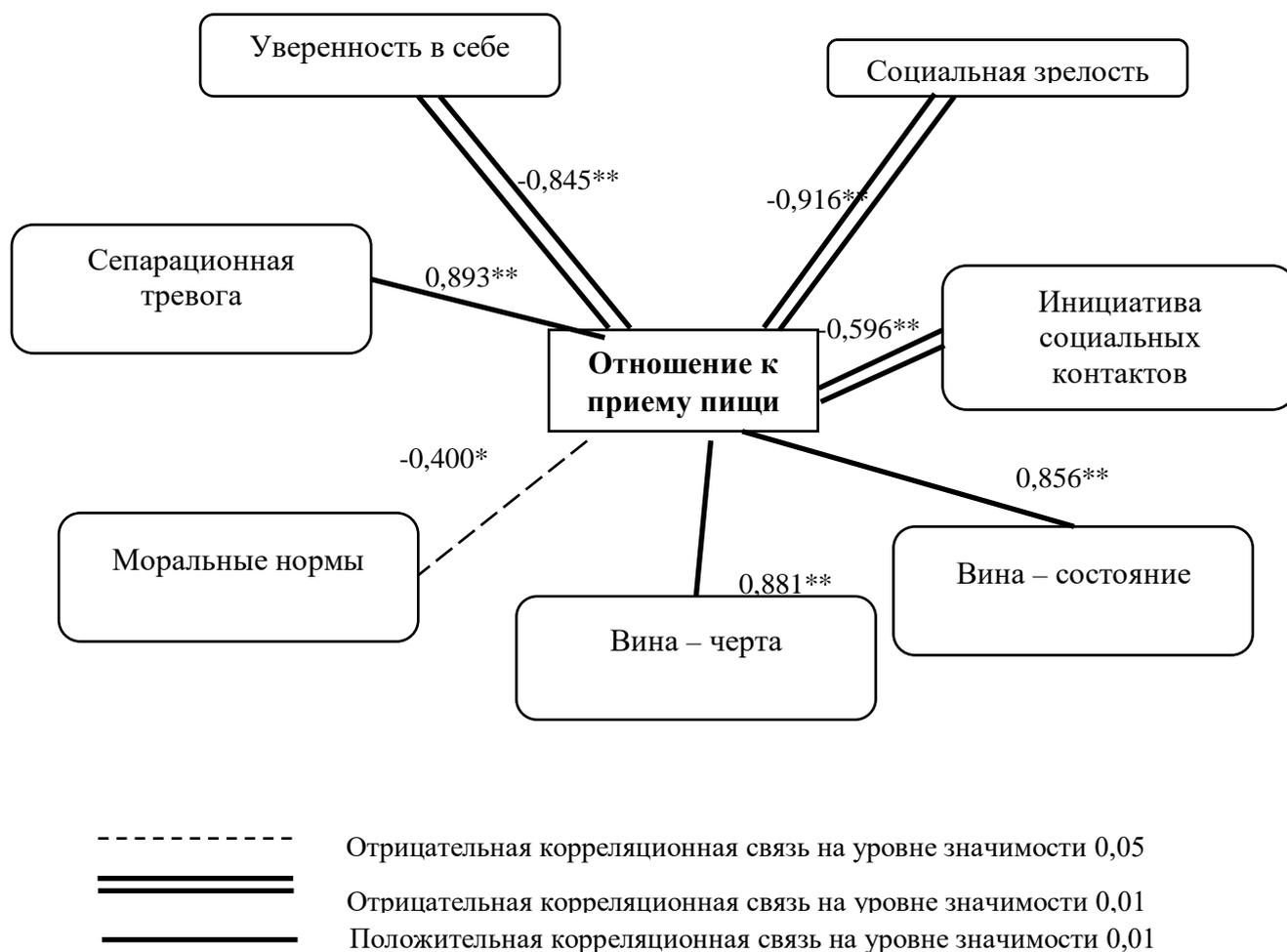


Рисунок 5 – Корреляционная плеяда взаимосвязей отношения к приему пищи и психологических особенностей

Выявлена отрицательная статистически значимая корреляционная связь между инициативой социальных контактов и расстройством пищевого поведения ($R=0,596$, $p < 0,01$), что означает, что чем более активна личность в своих социальных контактах, тем меньше вероятность возникновения расстройства пищевого поведения. Обращение к социальным контактам и получение поддержки может помочь справиться со стрессовыми ситуациями, которые могут спровоцировать появление или обострение расстройств пищевого поведения. Поддержка со стороны близких людей может помочь снять психологическое напряжение и избежать попыток контролировать эмоции через пищу.

Выявлена положительная статистически значимая корреляционная связь между показателем «Вина-состояние» и расстройством пищевого поведения ($R=0,856$, $p < 0,01$), что означает что чем больше личность испытывает состояние вины за недавно совершенные поступки, тем больше вероятность возникновения нарушения пищевого поведения. Это может объясняться тем, что люди, испытывающие чувство вины за свои поступки, могут воспринимать свое тело как неполное, недостаточно привлекательное или неподходящее для соответствия стандартам красоты и телосложения. Это может способствовать развитию нарушения пищевого поведения как способу достижения «идеального» телосложения.

Выявлена положительная статистически значимая корреляционная связь между показателем «Вина-черта» и расстройством пищевого поведения ($R=0,881$, $p < 0,01$), что означает что чем больше у респондентов проявляются сожаления, желания исправить ошибки, ненависть к себе, тем чаще они стараются исправить это за счет попытки изменения внешности, прибегают к диетам, голоданию, что может привести к нарушению пищевого поведения.

Также корреляционный анализ выявил наличие отрицательной корреляционной связи на 5% уровне между показателем «Моральные нормы» и расстройством пищевого поведения, что говорит о том, что чувство вины, связанное с нарушением моральных норм и ценностей в меньшей степени, способствует развитию нарушения пищевого поведения. Это может объясняться тем, что когда человек испытывает чувство вины из-за нарушения моральных норм и ценностей, его основное внимание и энергия могут быть сосредоточены на исправлении ошибки или возмещении ущерба, связанного с этим нарушением. В таких случаях, пищевое поведение может не быть приоритетом, и человек может не обращать на него должного внимания.

Таким образом, корреляционный анализ подтверждает гипотезу о том, что люди с расстройством пищевого поведения имеют определённые личностные особенности, а именно:

- неуверенность в себе;
- высокий уровень сепарационной тревоги;
- склонность к переживанию вины.

Согласно результатам исследования, можно сделать следующие выводы:

У группы испытуемых с расстройством пищевого поведения выявлен повышенный уровень сепарационной тревоги по сравнению со здоровыми испытуемыми.

У группы респондентов с расстройством пищевого поведения более выражены переживания вины за недавно совершенные поступки и вина, как черта, которая вызывает ненависть к себе и постоянное желание исправлять свои ошибки.

А также для респондентов с расстройством пищевого поведения характерна неуверенность в себе, в отличие от здоровых испытуемых.

Показатель «расстройство пищевого поведения» положительно связан с такими свойствами личности как «Вина–состояние», «Вина–черта» и «Сепарационная тревога», а также отрицательно связан с уверенностью в себе, социальной зрелостью, инициативной социальных контактов и показателем «Моральные нормы».

2.4 Рекомендации по профилактике риска расстройств пищевого поведения

С учётом полученных результатов исследования, были разработаны рекомендации. В целом, можно выделить качества, которые следует развивать людям, склонным к риску расстройству пищевого поведения:

- самооценка и позитивный образ тела. Одним из основных факторов, приводящих к расстройствам пищевого поведения, является низкая самооценка и негативный образ тела. Люди, склонные к расстройствам пищевого поведения, часто имеют искаженное представление о своем

теле. Поэтому важно сосредоточиться на развитии самооценки и продвижении позитивного образа тела. Этого можно достичь с помощью таких техник, как самоутверждение, сосредоточение внимания на сильных сторонах личности и преодоление негативных разговоров с самим собой;

– здоровые механизмы совладания. Людям с предрасположенностью к расстройствам пищевого поведения часто трудно справляться со стрессом и негативными эмоциями. Важно выработать здоровые механизмы совладания, чтобы заменить неадаптивное поведение, связанное с едой и образом тела. Эти механизмы могут включать в себя занятия физической активностью, практику техник осознанности и релаксации, обращение за поддержкой к друзьям и семье или за профессиональной помощью к терапевтам;

– просвещение и осведомленность в области питания. Просвещение людей о питании и его важности имеет решающее значение для профилактики расстройств пищевого поведения. Люди, склонные к этим расстройствам, часто имеют искаженное восприятие пищи и могут придерживаться ограничительного поведения или переедать. Предоставляя им точную информацию о сбалансированном питании, размерах порций и роли каждой группы продуктов, они могут принимать более обоснованные решения относительно своих привычек в еде;

– эмоциональный интеллект. Повышение эмоционального интеллекта жизненно важно для людей, подверженных риску расстройств пищевого поведения. Эмоциональный интеллект предполагает понимание и управление эмоциями в себе и других. Развивая эмоциональный интеллект, люди могут лучше распознавать и регулировать свои эмоции, что приводит к более здоровым отношениям с едой и снижению вероятности использования ее в качестве эмоциональной опоры;

– благоприятная среда. Создание благоприятной среды важно для тех, кто склонен к расстройствам пищевого поведения. Это включает в себя предложение эмоциональной поддержки, избегание комментариев по поводу внешнего вида и поощрение открытого общения.

Разработка специфических характеристик может внести значительный вклад в профилактику и лечение расстройств пищевого поведения у лиц, склонных к этим состояниям. Повышая самооценку, продвигая позитивный образ тела, повышая эмоциональный интеллект и оказывая соответствующую поддержку, мы можем создать более благоприятную среду для тех, кто борется с расстройствами пищевого поведения. В конечном счете, важно помнить, что раннее вмешательство и постоянная поддержка повышают шансы на выздоровление и долгосрочное психическое благополучие.

Саморегуляция необходима для поддержания эмоционального и поведенческого контроля людям с риском расстройства пищевого поведения в различных ситуациях. Понимание различных типов методов саморегуляции может помочь эффективно управлять своими эмоциями и поведением.

Наиболее известными разновидностями методов саморегуляции можно считать следующие:

- медитация, она способствует снижению внутренних проявлений тревоги;
- аутогенная тренировка – техника, направленная на формирование состояния расслабления или, наоборот, мобилизации, при помощи повторения вербальных формулировок в виде самовнушения;
- идеомоторная тренировка. Метод идеомоторной тренировки широко используется в различных видах спорта, он позволяет поддерживать необходимый уровень тренированности спортсмена, например, в условиях реабилитации после травмы;

- нервно-мышечной релаксация. Основная направленность приемов нервно-мышечной релаксации затрагивает уровень представлений, опирающийся на кинестетическую модальность. Упражнения на глубокое дыхание и техники релаксации, такие как медитация осознанности, могут помочь людям успокоить свой разум и тело, уменьшая стресс и беспокойство. Эти методы способствуют ощущению внутреннего покоя и эмоциональной стабильности;
- когнитивная переоценка. Она включает в себя переосмысление того, как мы воспринимаем ситуацию, чтобы изменить нашу эмоциональную реакцию. Изменяя свою точку зрения, мы можем уменьшить негативные эмоции и подходить к проблемам с более позитивным подходом;
- постановка целей и планирование. Постановка четких целей и составление планов действий являются эффективными стратегиями саморегуляции. Разбивая задачи на выполнимые этапы и отслеживая прогресс, люди могут оставаться сосредоточенными и мотивированными для достижения своих целей;
- физические упражнения. Доказано, что регулярные физические упражнения улучшают настроение и снижают уровень стресса. Физическая активность высвобождает эндорфины, которые являются естественными химическими веществами, повышающими настроение и способствующими ощущению благополучия и счастья;
- тайм-менеджмент. Эффективное управление временем имеет решающее значение для саморегуляции. Расставляя приоритеты в задачах, устанавливая крайние сроки и сводя к минимуму отвлекающие факторы, люди могут повысить производительность и уменьшить чувство подавленности.

Саморегуляция – ценный навык, который может улучшить общее самочувствие и качество жизни. Практикуя различные методы саморегуляции, такие как когнитивная переоценка, глубокое дыхание,

постановка целей, физические упражнения и тайм-менеджмент, люди, склонные к риску расстройства пищевого поведения, могут лучше управлять своими эмоциями, поведением и реакциями на различные ситуации. Разработка репертуара методов саморегуляции является ключом к повышению эмоциональной устойчивости и достижению личного и профессионального успеха.

Важно также заботиться о себе, уделяя приоритетное внимание таким действиям по уходу за собой, как достаточный сон и занятия, которые приносят радость и расслабление.

Необходимо научиться выявлять и опровергать негативные мысли и убеждения, которые способствуют расстройству пищевого поведения. Важно овладеть стратегиями совладания со сложными эмоциями и ситуациями.

Кроме того, значимым фактором является умение ставить реалистичные цели: разбивать свои цели на более мелкие, достижимые шаги, чтобы не чувствовать себя подавленным. Отмечать прогресс и достижения, какими бы незначительными они ни были, и помнить, что исцеление требует времени и усилий.

Важно заниматься самообразованием, узнавать больше о расстройствах пищевого поведения, их причинах, симптомах и вариантах лечения, чтобы лучше понять свое состояние и способы эффективного управления им. Знания - это сила, и информированность может помочь вам взять под контроль процесс профилактики расстройств пищевого поведения.

Таким образом, профилактика риска расстройства пищевого поведения очень важна и непосредственно влияет на психологическое благополучие личности, в целом.

Выводы по второй главе

В группе испытуемых с расстройством пищевого поведения преобладает высокий уровень сепарационной тревожности, а в группе

респондентов без расстройства пищевого поведения – средний уровень.

Испытуемые с расстройством пищевого поведения более подвержены проявлениям вины по всем трем шкалам методики, а у респондентов без расстройства пищевого поведения – преобладает вина как моральная норма.

Для людей с расстройством пищевого поведения свойственны преимущественно неуверенность в себе, социальная робость, застенчивость.

Результаты исследования показали, что есть положительная статистически значимая корреляционная связь между «Отношением к приему пищи» и «Уровнем сепарационной тревожности», это говорит о том, что чем больше у испытуемых проявляется сепарационная тревожность, тем больше вероятность появления расстройств пищевого поведения. Люди, испытывающие сепарационную тревожность, могут обращаться к еде в поисках утешения и снижения эмоционального дискомфорта, что может привести к расстройству пищевого поведения.

Выявлена отрицательная статистически значимая корреляционная связь между отношением к приему пищи и социальной зрелостью. А также между социальной зрелостью и расстройством пищевого поведения, что говорит о том, что чем выше у личности способность и готовность к наиболее полной социальной самореализации, тем меньше возможность возникновения девиаций в пищевом поведении.

Замедленный метаболизм, низкий уровень энергии и плохое самочувствие могут приводить к ухудшению настроения и социального функционирования. В результате, люди с расстройствами пищевого поведения могут испытывать затруднения в установлении социальных связей.

Выявлена отрицательная статистически значимая корреляционная связь между инициативой социальных контактов и расстройством пищевого поведения, что означает, что чем более активна личность в своих социальных контактах, что меньше вероятность возникновения расстройства пищевого поведения. Обращение к социальным контактам и получение поддержки

может помочь справиться со стрессовыми ситуациями, а поддержка со стороны близких людей может помочь снять психологическое напряжение и избежать попыток контролировать эмоции через пищу.

Выявлена положительная статистически значимая корреляционная связь между показателем «Вина-состояние» и расстройством пищевого поведения, что означает что, чем больше личность испытывает состояние вины за недавно совершенные поступки, тем больше вероятность возникновения нарушения пищевого поведения. Это может объясняться тем, что люди, испытывающие чувство вины за свои поступки, могут воспринимать свое тело как неполное, недостаточно привлекательное или неподходящее для соответствия стандартам красоты и телосложения. Это может способствовать развитию нарушения пищевого поведения как способу достижения «идеального» телосложения.

Выявлена положительная статистически значимая корреляционная связь между показателем «Вина-черта» и расстройством пищевого поведения, это означает, что чем больше у респондентов проявляются сожаления, желания исправить ошибки, ненависть к себе, тем чаще они стараются исправить это за счет попытки изменения внешности, прибегают к диетам, голоданию, что может привести к нарушению пищевого поведения.

Также корреляционный анализ выявил наличие отрицательной корреляционной связи между показателем «Моральные нормы» и расстройством пищевого поведения, что говорит о том, что чувство вины, связанное с нарушением моральных норм и ценностей в меньшей степени, способствует развитию нарушения пищевого поведения. Это может объясняться тем, что, когда человек испытывает чувство вины из-за нарушения моральных норм и ценностей, его основное внимание и энергия могут быть сосредоточены на исправлении ошибки или возмещении ущерба, связанного с этим нарушением.

Заключение

Таким образом, была выполнена исследовательская работа по изучению психологических особенностей людей с расстройством пищевого поведения.

В процессе работы был рассмотрен теоретический материал, благодаря которому установлено, что расстройства пищевого поведения - это сложные состояния психического здоровья, характеризующиеся нарушенным пищевым поведением, негативным образом тела и интенсивной озабоченностью едой и весом. Эти расстройства затрагивают миллионы людей по всему миру всех возрастов, полов и происхождения.

В личностной плоскости, проблемы развития, трудности приема пищи, и череда травматических событий повышают риск развития нарушений пищевого поведения. А такие личностные качества как перфекционизм, пониженная самооценка, склонность к игнорированию своих потребностей, но удовлетворению нужд других людей являются распространенными особенностями среди людей, страдающих нервной анорексией.

В случае нервной булимии, распространены импульсивность, низкий уровень самоконтроля, пониженная самооценка, антисоциальное поведение. С точки зрения семейных факторов многие исследования пришли к выводу о том, что семейное окружение играет важную роль в повышении риска развития нарушений пищевого поведения или их симптомов у одного из членов семьи.

Люди с расстройством пищевого поведения имеют психологические особенности, они отличаются неуверенностью в себе, зависимостью от мнения окружающих, наличием созависимых отношений, выраженным чувством вины, сниженным уровнем эмоционального интеллекта и низкой стрессоустойчивостью. То есть, они имеют меньшую эмоциональную гибкость, но при этом высокую конформность, сложности в построении любого рода отношений, отстаивании личных границ и так далее. Они

испытывают сложности с идентификацией и проживанием своих чувств и вызванных ими эмоциональных состояний, им трудно дается управление своими эмоциями, не говоря об эмоциях других людей.

Со стороны стрессоустойчивости можно отметить склонность к погружению в кризисные эмоциональные состояния, вместо поиска решения проблемы, проблемы с адаптацией к обыденности, подсознательное стремление избежать, изолироваться от проблемы.

Психологическая работа с клиентами, имеющими нарушение пищевого поведения, представляет собой целостную систему мер, представляющую приоритетное направление в решении проблем, связанных с формированием нарушений пищевого поведения.

Психокоррекция реализуется за счет подходов, сфокусированных на психосоциальных факторах, содействующих развитию нарушений пищевого поведения, с использованием комплекса мер, которые направлены на выявление и устранение причин и условий, которые способствуют развитию нарушений пищевого поведения, ликвидацию негативных личностных, социальных и психологических последствий.

Таким образом, цель работы – выявить личностные особенности людей с расстройством пищевого поведения, выполнена.

Гипотеза подтвердилась – личности с расстройством пищевого поведения имеют определённые психологические особенности, а именно:

- неуверенность в себе;
- высокий уровень сепарационной тревоги;
- склонность к переживанию вины.

Данное исследование может быть полезно в профессиональной деятельности психологов для диагностики и коррекции расстройств пищевого поведения.

Список используемой литературы

1. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. М. : Академический проект, 2015. 240 с.
2. Артемцева Н. Г. Феномен созависимости: психологический аспект. М. : РИО МГУДТ, 2012. 222 с.
3. Батурина Г. И. Эмоции и чувства как специфическая форма отражения действительности. СПб. : Питер, 2018. 109 с.
4. Белов В. В., Актуальные вопросы психологии развития и формирования личности: методология, теория и практика / В.В. Белов, К.В. Гольдштейн // Сборник материалов второй всероссийской научно-практической конференции. 2019. С. 72
5. Бобров А. Е. Психопатологические аспекты нервной анорексии // Альманах клинической медицины. 2015. № 51.
6. Боулби Дж. Привязанность. М. : Гардарики, 2003. 477 с.
7. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей. М. : Наука, 2014. 272 с.
8. Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте. СПб. : Питер, 2007. 449 с.
9. Бреслав Г. М Эмоциональные особенности формирования личности в детстве – М. : Просвещение, 2016. 176 с.
10. Бронникова С. Изоляция и расстройство пищевого поведения: как вернуться без потерь. М. : Эксмо, 2020. 326 с.
11. Васильева Е. А., Жедунова Л. Г. Особенности базисных убеждений личности с нарушением пищевого поведения. // Ярославский педагогический вестник. 2016. № 3.
12. Вознесенская Т. Г., Сафонова В. Д., Платонова Н. М. Нарушение пищевого поведения и коморбидные синдромы при ожирении и методы их коррекции // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2000. № 12. С. 49-52.

13. Гадельшина Т. Г. Влияние психотерапевтического тренинга на пищевое поведение, копинг-стратегии и ситуативную тревожность у женщин с избыточной массой тела. // Вестник ТГПУ. 2015. № 3 (156).
14. Головина Е. В. Уверенность в себе лиц, занимающихся различными видами физической активности // Научная ассоциация ученых. 2019. № 49
15. Головина Е. В. Уверенность: познавательный и индивидуально-личностный аспекты. М. : Институт психологии РАН, 2020. 232 с.
16. Демешкина Л. В., Сердюченко О. Н. Нервная анорексия: обзор и клинический случай // Гастроэнтерология. 2015. № 3.
17. Дитюк, А. А. Адаптация теста сепарационной тревоги взрослых ASA-27 (Adult Separation Anxiety Questionnaire) на российской выборке // Педагогические исследования. 2016. № 46.
18. Захаров А. И. Неврозы у детей и подростков. Анамнез, этиология и патогенез. Л. : Медицина, 1988. 244 с.
19. Изард К. Э. Психология эмоций / К. Э. Изард. – СПб.: Питер, 2018.- 464 с.
20. Ильин Е. П. Эмоции и чувства. СПб. : Питер., 2018. 254 с.
21. Карандашев В. Н., Лебедева М.С., Спилбергер Ч.: Изучение оценочной тревожности. М. : Речь, 2016. 80 с.
22. Кеннон В. Физиология эмоций. Телесные изменения при боли, голоде, страхе и ярости / В. Кеннон. М. : Просвещение, 2019. 200 с.
23. Кибитов А. О. Генетические исследования нарушений пищевого поведения: выход из замкнутого круга нозологической систематики / А.О. Кибитов, Г.Э. Мазо // Социальная и клиническая психиатрия. 2016. Т. 26, N 4. С.63–70.
24. Кляйн М. Детский психоанализ. СПб. : Питер, 2020. 368 с.
25. Коркина М. В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. М. : Наука, 2014. 407 с.
26. Малкина-Пых И. Г. Терапия пищевого поведения: справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. М. : Эксмо, 2019. 1041 с.

- 27.Марилов В. В., Артемьева М. С., Сулейманов Р. А. Результаты длительного исследования нарушений пищевого поведения // Вестник Российского университета дружбы народов. 2006. №2.
- 28.Менделевич В. Д. Клиническая медицинская психология М. : Феникс, 2018. 360 с.
- 29.Минирт Ф., Майер П. Наркотик под названием еда. М. : Триада. 2016. 364 с.
- 30.Михайлова А. П., Иванова Д. А., Штрахова А. В. Вопросы квалификации и психологической диагностики пищевого поведения в норме и при его нарушениях. // Вестник ЮУрГУ. 2019. 104 с.
- 31.Михайлова А. П., Штрахова А. В. Пищевое поведение в норме, в условиях стресса и при патологии. // Вестник ЮУрГУ. 2018. 84 с.
- 32.Овчарова Р.В. Психологические особенности женщин с нарушением пищевого поведения. // Вестник КГУ. 2016. 96 с.
- 33.Макгрегор Р. Когда здоровое питание вредит. Орторексия. М. : Альпина, 2018 г. 188 с.
- 34.Малер М., Пайна Ф, Бергман А. Сепарация-индивидуация в перспективе. // Журнал практической психологии и психоанализа. 2003. № 4.
- 35.Николаева Е.И., Япарова О.Г. Ребёнок свой и чужой. М. : Элпис, 2018. 286 с.
- 36.Павлова Н. В., Филиппова Е. В. Взаимосвязь пищевого поведения и формирования образа тела у детей и подростков в контексте детско-родительских отношений. // Электронный журнал «Современная зарубежная психология». 2020. № 4.
- 37.Сатир В. Вы и ваша семья. М. : Институт общегуманистических исследований, 2017. 288 с.
- 38.Спиваковская А. С. Как быть родителями: о психологии родительской любви. М. : Педагогика, 2018. 162 с.

- 39.Сычева Т. Ю., Султанова А. Н., Слугин А. В., Кустова Е. А. Клинико-психологические особенности лиц с нарушениями пищевого поведения. Новосибирск, 2020. С. 162-164.
- 40.Фрейд З. Я и Оно. СПб.: Азбука СПб, 2015. 288 с.
- 41.Шингаров Г. Х. Эмоции и чувства как формы отражения действительности / Г. Х. Шингаров. М. : Наука, 2019. 224 с.
- 42.Шнаккенберг Н. Мнимые тела, подлинные сущности: преодоление конфликтов идентичности с внешностью и возвращение к подлинному Я. Калининград: Phoca books, 2019. 376.
- 43.Эльконин Д. Б. Детская психология. СПб. : Питер, 2018. 326 с.
- 44.Эриксон Э. Детство и общество. СПб. : Мастера психологии, 2019. 448 с.
- 45.Ainsworth M. D. S. & Bell S. M. Some contemporary patterns of mother-infant interaction in the feeding situation. Stimulation in early infancy (Ambrose, A., ed.), New York: Academic Press, 2016. 437 p.
- 46.American Psychiatric Association. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5. Washington: American Psychiatric Association, 2013. 947 p.
- 47.Bruch H. Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa, with a New Foreword by Catherine St. Harvard University Press, 2011. 176 p.
- 48.Keel P. K., & Brown, T. A. Update on course and outcome in eating disorders. International Journal of Eating Disorders, 2010. p. 439.
- 49.Keel P. K., & Forney, K. J. Psychosocial risk factors for eating disorders. International Journal of Eating Disorders, 2013. p. 327.
- 50.Kugler K. & Jones W. H. On conceptualizing and assessing guilt.//Journal of Personality and Social Psychology, 1992. Vol.62. p. 318-327.

Приложение А
Результаты диагностики (первичные данные)

Таблица А.1 – Сводная таблица результатов диагностики проведенного исследования

Группа	Тест отношения к приему пищи ЕАТ – 26	Тест уверенности в себе В.Г. Ромека			Опросник вины» К. Куглера			Тест сепарационной тревоги взрослых ASA-27
		Уверенность в себе	Социальная смелость	Инициатива в социальных контактах	Вина состояние	Вина черта	Моральные нормы	
1	21	3	4	5	24	44	39	36
1	18	8	6	6	21	43	40	21
1	24	3	3	4	25	47	46	20
1	26	3	3	5	24	44	44	28
1	20	7	4	6	20	35	50	22
1	41	2	2	4	32	65	38	57
1	23	8	3	4	25	30	51	24
1	21	3	3	5	23	22	50	22
1	21	3	3	4	27	35	48	21
1	17	8	7	4	23	29	57	18
1	24	3	3	5	24	36	50	27
1	65	0	1	3	36	70	30	70
1	22	3	3	4	20	29	47	38
1	21	6	6	8	22	37	40	28
1	23	3	3	4	26	36	47	26

Продолжение Приложения А

Продолжение таблицы А.1

1	25	3	3	2	21	44	51	20
1	24	3	3	3	22	32	46	18
1	61	1	2	4	38	74	32	64
1	19	9	7	6	19	24	56	18
1	26	2	2	4	26	42	44	39
1	44	2	2	4	33	68	40	57
1	22	8	3	7	20	30	49	37
1	21	6	3	7	24	20	41	18
1	25	3	3	4	24	39	35	29
1	15	6	8	4	17	3	58	18
1	54	0	1	3	35	68	35	62
1	42	2	1	3	34	32	31	44
1	22	3	2	3	18	45	40	35
1	23	3	2	3	17	50	44	25
1	32	2	3	3	30	58	32	31
2	4	9	9	6	15	15	57	10
2	5	9	10	7	18	18	46	13
2	5	9	10	8	20	17	47	11
2	4	8	10	5	14	13	52	10
2	9	8	9	5	21	17	38	15
2	7	7	9	6	20	19	36	16
2	8	8	9	8	14	20	45	15
2	5	8	9	8	10	20	47	12
2	4	8	10	6	9	17	51	8
2	14	6	6	5	17	32	37	18
2	6	8	10	5	15	17	44	17
2	9	8	9	5	16	6	46	12
2	10	8	9	6	16	20	45	19
2	5	9	10	8	10	10	59	18
2	26	4	3	8	20	2	24	20
2	6	8	9	9	14	17	47	18

Продолжение Приложения А

Продолжение таблицы А.1

2	6	8	9	4	15	15	51	16
2	6	8	9	5	12	15	54	15
2	7	8	10	5	17	17	50	10
2	22	4	5	6	21	21	32	19
2	7	8	10	4	20	17	47	15
2	6	7	10	5	17	18	45	14
2	7	7	9	6	16	21	28	18
2	9	7	9	5	15	20	30	16
2	3	7	10	9	14	18	44	9
2	21	4	3	5	8	30	47	22
2	5	8	4	5	13	20	40	10
2	18	5	7	6	17	9	35	21
2	6	8	8	6	15	14	48	18

Приложение Б
Проверка показателей на нормальность распределения

Таблица Б.1 – Результаты проверки показателей на нормальность распределения с помощью критерия Колмогорова-Смирнова

Одновыборочный критерий Колмогорова-Смирнова^а

		Отношение к приему пищи	Уверенность в себе	Социальная зрелость	Инициатива социальных контактов	Вина состояние	Вина черта	Моральные нормы	Сепарационная тревога
N		30	30	30	30	30	30	30	30
Параметры нормального распределения ^{b,c}	Среднее	28,0667	3,8667	3,3000	4,3667	25,0000	41,7000	43,7000	32,4333
	Среднекв.отклонение	12,87589	2,51524	1,78403	1,40156	5,77151	15,1456	7,71988	15,33237
Наибольшие экстремальные расхождения	Абсолютная	,330	,335	,333	,270	,169	,147	,084	,189
	Положительные	,330	,335	,333	,270	,169	,147	,084	,189
	Отрицательные	-,162	-,129	-,133	-,131	-,087	-,105	-,084	-,173
Статистика критерия		,330	,335	,333	,270	,169	,147	,084	,189
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)		,000 ^d	,000 ^d	,000 ^d	,000 ^d	,029 ^d	,096 ^d	,200 ^{d,e}	,008 ^d

а. Группа = Экспериментальная группа

б. Проверяемое распределение является нормальным.

с. Вычислено из данных.

д. Коррекция значимости Лилефорса.

е. Это нижняя граница истинной значимости.

Продолжение Приложения Б

Продолжение таблицы Б.1

		Отношение к приему пищи	Уверенность в себе	Социальная зрелость	Инициатива социальных контактов	Вина состоянии	Вина черта	Моральные нормы	Сепарационная тревога
N		30	30	30	30	30	30	30	30
Параметры нормального распределения ^{b,c}	Среднее	8,9000	7,3000	8,2667	6,1000	15,8667	19,0667	43,4333	15,1333
	Среднекв.отклонение	5,97322	1,48904	2,24274	1,42272	3,18112	5,13899	8,64105	3,86615
Наибольшие экстремальные расхождения	Абсолютная	,260	,314	,361	,228	,112	,228	,193	,137
	Положительные	,260	,186	,220	,228	,094	,228	,074	,108
	Отрицательные	-,173	-,314	-,361	-,153	-,112	-,114	-,193	-,137
Статистика критерия		,260	,314	,361	,228	,112	,228	,193	,137
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)		,000 ^d	,000 ^d	,000 ^d	,000 ^d	,200 ^{d,e}	,000 ^d	,006 ^d	,154 ^d

a. Группа = Контрольная группа

b. Проверяемое распределение является нормальным.

c. Вычислено из данных.

d. Коррекция значимости Лильефорса.

e. Это нижняя граница истинной значимости.

