

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)

37.03.01 Психология

(код и наименование направления подготовки/специальности)

Психология

(направленность (профиль)/специализация)

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
(БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА)**

на тему Психологические особенности женщин, склонных к нарушению пищевого поведения

Обучающийся

С.А. Лезина

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Руководитель

канд. психол. наук, Е.В. Некрасова

(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Тольятти 2024

Аннотация

Актуальность темы настоящего исследования заключается в том, что в наше время по всему миру растет число людей, страдающих от нарушений пищевого поведения. Данная проблема имеет гендерные особенности: в гораздо большей степени ей подвержены лица женского пола. Однако не все женщины имеют склонность данным состояниям. Выявление общих психологических особенностей женщин, склонных к данным расстройствам способствует разработке эффективных программ психологической коррекции и профилактики данных патологий.

Целью данного исследования является изучение психологических особенностей женщин, склонных к нарушению пищевого поведения.

Задачи исследования: изучить понятие «нарушение пищевого поведения» в отечественной и зарубежной литературе; проанализировать психологические особенности, которые могут способствовать появлению отклоняющегося пищевого поведения; провести психологическую диагностику женщин, склонных к нарушению пищевого поведения и проанализировать полученные данные; разработать практические рекомендации для женщин, склонных к девиациям пищевых привычек.

Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка используемой литературы (36 наименований), 3 приложений. Для иллюстрации текста используются 3 таблицы и 4 рисунка. Основной текст работы изложен на 52 странице.

Оглавление

Введение.....	4
Глава 1 Теоретические аспекты исследования психологических особенностей женщин, склонных к нарушению пищевого поведения.....	8
1.1 Психологические особенности женщин.....	8
1.2 Понятие нарушений пищевого поведения в отечественной и зарубежной психологии.....	11
1.3 Психологические особенности личности при нарушениях пищевого поведения.....	19
Глава 2 Эмпирическое исследование психологических особенностей женщин, склонных к нарушению пищевого поведения.....	27
2.1 Методы исследования психологических особенностей женщин, склонных к нарушению пищевого поведения.....	27
2.2 Анализ результатов психологических особенностей женщин, склонных к нарушению пищевого поведения.....	31
2.3 Практические рекомендации для женщин, склонных к нарушению пищевого поведения	42
Заключение	47
Список используемой литературы	49
Приложение А Результаты методики «Голландский опросник пищевого поведения».....	52
Приложение Б Результаты методики «Опросник образа собственного тела».....	54
Приложение В Результаты методики «Опросник Шмишека».....	56

Введение

Пищевое поведение представляет собой весьма сложное явление. Изначально процесс приема пищи является чисто биологической, базовой потребностью. У животных так и происходит, пища выполняет чисто физиологическую роль, однако для людей еда – это не только еда. Процесс приема пищи для человека может выполнять массу функций. Так, например, пища может стать средством снятия эмоционального напряжения, а также коммуникации и поддержания определенных традиций, а может стать наградой за достижения, и компенсацией различных потребностей.

Проблема нарушений пищевого поведения была актуальна еще в античные времена. Однако сегодня, с развитием цифровых технологий, СМИ и социальных сетей, проблема нарушений пищевого поведения стала еще более острой. В большей степени данная проблема касается лиц женского пола из-за наличия высоких требований к внешности со стороны общества. Причем, с одной стороны, в наше время вкусная высококалорийная пища является общедоступной, а с другой стороны, стройное тело является маркером социальной успешности, в то время как располневшее тело относится к признакам потери красоты и молодости. Марафоны похудения, лозунги «худеем к лету», или «худеем к новому году» уже для многих стали обыденностью. В погоне за телом мечты и «лучшей версией себя» женщины садятся на жесткие диеты, что, в свою очередь, провоцирует дальнейший срыв с этой диеты. Угрызения совести и самобичевание, которые следует за срывом, снова подталкивают женщин к диетам, вгоняя тем самым в порочный круг. Так формируется заикленность на еде и зависимость от нее.

Коррекция нарушений пищевого поведения является не только научной, но и общественной проблемой, поскольку у каждого из данного типа заболеваний существует множество негативных последствий для здоровья человека.

Для того чтобы оказывать эффективную помощь людям, страдающим от нарушений пищевого поведения, необходимо изучать психологические особенности этих людей. Исследование темы нарушений пищевого поведения находили свое отражение в научных трудах таких ученых, как И.В. Кульчинская, И.Г. Малкина-Пых, В.Д. Менделевич, Н.Н. Мехтиханова, В.А. Мищенко, Ю.Л. Савчикова, Г.О. Самсонова, О.А. Скугаревский, М.А. Цивилько.

В настоящее время в нашей стране растет число женщин, страдающих нарушениями пищевого поведения. Противоречие заключается в том, что такие женщины обычно стараются скрывать наличие у себя этой проблемы от окружающих, и даже от членов семьи, что усложняет исследование данной темы.

Таким образом, можно определить проблему исследования – выявление психологических особенностей женщин, склонных к нарушениям пищевого поведения.

Исходя из вышеизложенного, тема нашего исследования: «Психологические особенности женщин, склонных к нарушению пищевого поведения».

Объект исследования – психологические особенности женщин.

Предмет исследования – психологические особенности женщин, склонных к нарушению пищевого поведения.

Целью данного исследования является изучение психологических особенностей женщин, склонных к нарушению пищевого поведения.

Гипотеза исследования состоит в предположении, что женщины, склонные к нарушению пищевого поведения имеют ряд общих психологических особенностей: акцентуированные черты характера, такие как тревожность, «застревание» в мыслях, чувствах и неудовлетворенность собственным телом.

Задачи исследования:

- исследовать понятие «нарушение пищевого поведения» в отечественной и зарубежной литературе;
- проанализировать психологические особенности, которые могут способствовать появлению отклоняющегося пищевого поведения;
- провести психологическую диагностику женщин, склонных к нарушению пищевого поведения и проанализировать полученные данные;
- разработать практические рекомендации для женщин, склонных к девиациям пищевых привычек.

Для проведения исследования были выбраны следующие методы:

- теоретические методы, направленные на изучение психологических особенностей женщин, склонных к нарушениям пищевого поведения;
- эмпирические методы: Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ), опросник образа собственного тела (ООСТ) и Опросник Шмишека (Schmieschek Fragebogen);
- методы математической статистики (U-критерий Манна-Уитни и коэффициент ранговой корреляции Спирмена).

Теоретико-методологическая основа исследования:

- исследования, посвященные вопросам взаимосвязи психологических особенностей человека и возникновения пищевой аддикции (Г.В. Акименко, Е.А. Васильева, Т.Г. Вознесенская, А.С. Волдарева, Г.Е. Волкова, Л.Г. Жедунова, В.С. Крапивина, О.В. Орлова);
- исследования нарушений пищевого поведения (В.С. Аграс, А.С. Великанова, М.Д. Вудман, В.А. Мищенко, В.Д. Менделевич, Г.В. Старшенбаум, К.Г. Фейрберн).

Экспериментальная база исследования. В исследовании приняли участие женщины, непосредственно работающие в ООО «Песчанокопскагроремтехсервис», а также их родственницы.

Новизна исследования заключается в выявлении психологических особенностей женщин, имеющих склонность к нарушениям пищевого поведения.

Теоретическая значимость исследования заключается в обобщении данных о психологических особенностях женщин, которые способствуют развитию нарушений пищевого поведения.

Практическая значимость исследования: результаты исследования и разработанные рекомендации могут быть использованы практикующими психологами в целях консультирования женщин по проблемам, связанным со склонностями к нарушениям пищевого поведения.

Структура бакалаврской работы. Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка используемой литературы (36 наименований), 3 приложений. Для иллюстрации текста используются 3 таблицы 4 рисунка. Основной текст изложен на 51 странице.

Глава 1 Теоретические аспекты исследования психологических особенностей женщин, склонных к нарушению пищевого поведения

1.1 Психологические особенности женщин

Психологическими особенностями личности называют специфические характеристики психической активности человека, находящие свое отражение в способностях, характере, темпераменте, а также чувствах и эмоциях. Каждый индивид в силу своих генетических и фенотипических особенностей обладает присущими только ему психофизиологическими характеристиками. Однако помимо генетически обусловленных индивидуальных отличий, ученые давно заметили, что существует разница в психике людей в зависимости от их половой принадлежности. К. Юнг подчеркивал: «Женщина со столь непохожей на мужскую психологией есть источник информации (и всегда им была) о вещах, недоступных мужчине».

Различия психики мужчины и женщины интересовали ученых еще с античных времен. Однако настоящим пионером в гендерных исследованиях можно считать голландского ученого Г. Гейманса. Особое признание получила его книга «Психология женщины», вышедшая в свет в 1911 году. Рассмотрим ряд выводов из этой книги.

Различия между мужчинами и женщинами находят свое выражение в виде тенденций, при том, что конкретные представители полов могут не соответствовать этим тенденциям.

Автор отмечает, что для женщин является характерным большая пластичность поведения и высокая восприимчивость к воспитанию и обучению. Женщины отлично адаптируются к существующим условиям, поэтому они предпочитают решать задачи не новые, но требующие совершенствования, доводки. В норме девочки и женщины более управляемы и покладисты. С этим связано и то обстоятельство, что женщины

лучше работают на конвейере, делают меньше ошибок. Даже женский подчёрк отличается большей правильностью, единообразием, точностью, по сравнению с мужским. Женщины превосходят мужчин по вербальным тестам, кратковременной памяти, но проигрывают в пространственно-зрительных способностях.

Женщины «лучше воспринимают, но хуже наблюдают, что объясняется их меньшим интересом к некоторым задачам. Женщины демонстрируют тонкую наблюдательность только в том, что их интересует.

Эмоциональность у женщин – их главное отличие от мужчин. Девочки чаще мальчиков дают эстетическую оценку новым предметам, а мальчики интересуются их назначением. Девочки более эмоционально реагируют на похвалу и порицание, их легче растрогать, вызывать смех и слезы. Психические заболевания в связи с эмоциональными причинами гораздо чаще встречаются у женщин (3/4 случаев). Особенно это касается аффекта страха. Женщины эмоциональны в споре и пристрастны. Женщины более чувствительны к иронии и насмешке. Женщины более чувствительны к прекрасному, но хуже мужчин способны описать свои впечатления» [7, с. 19].

Обычно понятие пола и гендера многие воспринимают как одно и то же, поэтому видим необходимость внести определения данных понятий, поскольку современная наука разделяет их.

Биологический пол – анатомические особенности людей (главным образом их половых органов), на основании которых их можно определить как мужчин или женщин.

Гендер – социокультурный конструкт, связанный с различием социально-психологических характеристик женщин и мужчин (черты личности, эмоции, поведение, социальные роли). Эти характеристики «возникают под воздействием общества в контексте определенной культуры, в процессе взаимодействия с другими людьми, и в конечном счете обуславливают социальное положение людей. Понятие «гендер» впервые

использовал Роберт Столлер в 1968 году, который пришел к выводу о принципиальной разнице между биологическим полом и полом, который приобретает человеком в процессе социализации» [29, с. 9].

В нашей стране в конце 1960-х годов, была создана благоприятная атмосфера для работы над гендерной проблематикой. Большая заслуга в этой сфере принадлежит Б.Г. Ананьеву, который основал ленинградско-петербургскую школу психологов. Одним из главных принципов психологических исследований в данной школе был принцип полового диморфизма. Б.Г. Ананьев был не только организатором этих исследований, но также он дал им глубокую теоретическую оценку. Были выделены глобальные различия женщин и мужчин: более раннее созревание первых, большая стабильность женского организма и психики, большая типичность женщин и оригинальность мужчин.

Современная наука считает, что психофизиологические половые различия существуют благодаря отличиям анатомии головного мозга. Так, у женщин обычно более выражена эмоциональная сфера, которая связана с правым полушарием.

У женщин более живая фантазия ввиду их большей эмоциональности, их образные представления более отчетливы и красочны. Женщины лучше мужчин представляют предстоящие разговоры и споры с собеседником, в самых мельчайших подробностях. Они склонны преувеличивать свои разочарования, опасения, надежды и страдания. Женское мышление описывается большим процентом интуитивности, тонким восприятием происходящего [20].

Разброс коэффициента интеллекта больше у мужчин, а средние показатели выше у женщин; женщина лучше сохраняет интеллект в старости [9]. Внимание женщин характеризуется большей избирательностью и устойчивостью.

О.А. Кондрашихина в своих трудах пишет о том, что «восприятие и внимание к изменению деталей обычно также лучше развито у женщин. К

гендерным особенностям социальной перцепции относятся более высокая точность фиксирования характеристик внешности, более детализированное описание внешности другого человека, точность определения эффекта собственного влияния на собеседника, характерные для женщин. В структуре темперамента наблюдаются следующие различия. У женщин выше показатели социальной пластичности, эмоциональности, социальной эмоциональности. Эмоциональная чувствительность, нестабильность, возбудимость, экспрессивность – все это в большей степени характерно для женщин» [15, с. 148].

Отметим, что приведенные выше отличия отражают общие особенности, присущие большинству представителей пола, в то время как индивидуальные психологические особенности могут перекрывать половые различия.

1.2 Понятие нарушений пищевого поведения в отечественной и зарубежной психологии

Поскольку пищевое поведение является весьма сложным, многогранным понятием, для начала следует определиться с терминами. В.Д. Менделевич пишет о том, что «под пищевым поведением понимается ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, ориентация на образ собственного тела и деятельность по его формированию» [23, с. 103].

В зависимости от того, какое место в иерархии потребной человека занимает еда, пищевое поведение делят на нормальное и патологическое.

В.А. Мищенко дает следующее определение: «нарушения пищевого поведения – группа психогенных поведенческих синдромов, характеризующихся отклонениями при приеме и переработке пищи» [25, с. 158]. Согласно справочнику по диагностике и систематике психических

расстройств (DSM-IV), выделяются следующие типы нарушений пищевого поведения:

- нервная анорексия,
- нервная булимия,
- неуточненные расстройства пищевого поведения (например, компульсивное переедание).

Нервная анорексия является наиболее тяжелым заболеванием, поскольку нередко приводит больного человека к смерти. Следует отметить, что данным заболеванием страдают в 95% случаев лица женского пола. Как правило, чаще всего диагностируется у юных девушек, и берет свое начало между 13 и 20 годами. Пиковый возраст для больных анорексией приходится на 17-18 лет. Для анорексии характерно стремление к патологической худобе и восхваление крайне худого тела. Еще несколько лет назад были популярны группы в социальных сетях, такие, как «ТП» или «Типичная анорексичка», где девушки делились различными жесткими диетами для достижения фигуры мечты. Фигурой мечты являлось тело, похожее на скелет, обтянутый кожей. Девушки также выкладывали свои фото для оценки участниками группы, стоит ли им еще похудеть.

Для постановки диагноза «нервная анорексия» согласно МКБ-10, необходимо присутствие следующих пунктов (F50.0):

- «– снижение веса или недостаточный прирост его у детей, дефицит веса превышает 15% от нормального или ожидаемого для данного возраста и величины тела;
- потеря веса достигается за счет избегания пищи, которая «полнит», и одного или более приемов из числа следующих – вызывание рвоты, прием слабительных, чрезмерные гимнастические упражнения, использование средств, подавляющих аппетит, и диуретиков;
- искажение образа тела принимает специфическую психопатологическую форму, при которой ужас перед ожирением сохраняется в качестве навязчивой или сверхценной идеи;

- общее эндокринное расстройство, включающее ось гипоталамус – гипофиз – половые железы, и проявляющееся у женщин аменореей, а у мужчин потерей полового влечения и потенции;
- при начале в препубертатном возрасте проявления пубертатного периода задерживаются или даже не наблюдаются» [22, с. 63].

Существуют разделения на «истинную» анорексию, когда девушка перестает вообще ощущать голод, и «ложную» анорексию, когда чувство голода никуда не пропало, однако человек отказывается от еды, испытывая патологический страх набрать вес. Существует также группа больных, которые не выдерживают длительного голодания, переедают, а затем делают различные очистительные процедуры, например, такие, как вызывание рвоты.

Вызывание рвоты и другие очистительные процедуры после принятия пищи характерны также для другого пищевого расстройства – булимии.

И.Г. Малкина-Пых дает следующее определение данного расстройства пищевого поведения: «булимия (бычий голод) (от греч. bu(s) – бык и limos – голод) – это нарушение пищевого поведения, для которого характерны навязчивая еда и рвота или еда и дефекация» [22, с. 71].

Ценность пищи при данном расстройстве выходит на первый план, затмевая собой все остальные ценности. Для данного заболевания характерно возникновение у человека амбивалентных чувств: с одной стороны, у человека есть дикое желание поглощения большого количества еды, а с другой, возникает самобичевание по типу: «я тряпка», «я не могу себя контролировать».

Ю.В. Попов выделяет следующие пункты для диагностики нервной булимии (F50/2) по МКБ-10:

- заикленность на еде и сильная тяга к пище даже во время сытости;
- ощущение потери контроля над количеством съеденного;

- регулярная борьба с набором веса неадекватными методами, такими, как вызывание рвоты, прием слабительных, мочегонных, жестких диет и изнуряющих физических упражнений;
- наличие как минимум двух приступов переедания в неделю в течение трех месяцев (обычно чаще);
- самооценка очень сильно зависит от веса и формы тела.

В. Стюард Агрос выделяет два типа булимии:

«Тип с очищением. Во время эпизода нервной булимии больной регулярно вызывает у себя рвоту, либо злоупотребляет слабительными средствами, диуретиками или клизмами.

Тип без очищения. Во время эпизода булимии клиент практикует другие способы, помогающие избежать увеличения массы тела, например, голодание или чрезмерные физические нагрузки, однако не вызывает у себя регулярно рвоту, не злоупотребляет слабительными средствами, диуретиками или клизмами» [1, с. 26].

Для того, чтобы отличить нервную булимию от нервной анорексии, важно отсутствие двух факторов, характерных для анорексии – потеря веса и аменорея. Как правило, женщины (в 90% случаев это лица женского пола), страдающие булимией, имеют нормальный, иногда чуть выше нормального вес.

Стоит подчеркнуть, что именно потеря контроля над количеством потребляемой пищи и дальнейшие очистительные процедуры являются ключевым моментом данного заболевания. Обычно пища в момент переедания является мягкой, высококалорийной, например, торты, пирожные, мороженое, бутерброды. Очень часто больные скрывают приступы переедания от окружающих, делают это в спешке, второпях, тщательно не разжевывая.

Г.В. Старшенбаум описывает окончание приступа переедания, как неприятное ощущение распираания в животе, а также чувство вины и стыда за проявление слабохарактерности. В попытке избавиться от данных

неприятных чувств, больной, а в 90% случаев, больная, прибегает к очистительным процедурам, например, к искусственно вызванной рвоте. Причем, в начале заболевания для этого ей необходимо вводить пальцы в полость рта, а с развитием заболевания, этого уже не требуется. Рвота возникает как условный рефлекс. «Стереотип обжорство-рвота может приобрести характер навязчивости, при этом сам процесс жадного, неразборчивого поглощения пищи доставляет чувственное удовольствие» [32, с. 136].

Для данного заболевания часто характерно начало в период стрессовых ситуаций как попытка успокоиться и справиться с тревогой. Очень часто нервная булимия возникает при сочетании неблагоприятных факторов. Так, внутрисемейные конфликты могут сочетаться с такими социальными факторами, как реклама, СМИ, соцсети, где пропагандируется стремление к стройности и худобе, где превозносится стройное тело, а полное, наоборот, часто высмеивается. В некоторых случаях развитию нервной булимии предшествует строгая диета или нервная анорексия. Течение данного расстройства обычно многолетнее и является хроническим, где стадии ремиссии могут сменяться стадиями обострения.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод о том, что нервная анорексия и нервная булимия очень схожи между собой, однако, между ними есть явные различия. Так, например, нервная булимия может быть частью аддиктивного типа девиантного поведения, при котором переедание либо играет роль своеобразного громоотвода, то есть, является способом снятия симптомов тревоги и напряжения при невротических расстройствах, либо средством ухода от реальности. Так бывает, когда пищевое удовольствие становится единственным удовольствием пресной, неинтересной жизни. Возможность компенсировать питанием скучную жизнь формирует феномен «жажды острых ощущений» во время смены пищевого поведения. Человек может сочетать несочетаемое, получая при этом новую гамму чувств и эмоций.

В отличие от больных нервной анорексией, больные нервной булимией осознают свою болезнь и страдают от нее. У них также нет выраженной потери веса и целевой вес, как правило, составляет около 90% от нормального.

К третьему типу нарушений пищевого поведения относится компульсивное переедание. Данный тип является самым распространенным среди взрослого населения.

А.С. Великанова дает такое определение данному расстройству: «компульсивное переедание – расстройство приёма пищи, представляющее собой чрезмерное употребление еды, приводящее к появлению лишнего веса, и являющееся реакцией на дистресс МКБ 10» [10, с. 76]. Люди, страдающие данным расстройством, часто набирают лишний вес, поскольку после акта переедания не следует акт очищения.

Для того, чтобы поставить диагноз «компульсивное переедание», необходимо наличие минимум трех из следующих симптомов:

- человек есть много еды, не чувствуя голод;
- прием пищи продолжается, пока человек не почувствует переполнение и распирающие в эпигастрии;
- поглощение пищи в более быстром темпе, чем обычно;
- снижение настроения и чувство отвращения к себе после переедания;
- стремление к приему пищи в одиночестве из-за чувства неловкости, что слишком много ешь.

Лорен Мюльхайм отмечает, что «хотя компульсивное переедание чаще встречается у людей больших размеров, его можно найти у людей с любым телосложением. Люди с этим расстройством могут начинать каждый день так, будто они на диете, но к концу дня нарушать все свои диетические ограничения» [26, с. 38].

М.Д. Вудман в своей книге пишет о том, что очень легко спутать потребность, например, в любви и потребность в пище, поскольку даже сами слова «моя сладкая, моя любимая» говорят для выражения нежности и

любви. Таким образом, пробуя еду, мы пробуем жизнь, поскольку потребность в любви является одной из базовых потребностей человека. При помощи еды современный человек старается решить массу проблем, которые еда в принципе никак не должна решать. Так, «пища становится фокусом депрессии, подавленной злости, тревоги и подавленной сексуальности» [11, с. 20]. При помощи пищевого поведения люди пытаются контролировать свои эмоции, противостоять контролю извне, и даже делать вызов природе человека.

Доктор К.Г. Фэйрберн в своей книге о переедании говорит о том, что люди, как правило, злоупотребляют той пищей, которой в обычном состоянии избегают. То есть, это некие продукты, которые человек сам себе запрещает, такие, как фастфуд, жирное и сладкое. Также данный автор, в отличие от отечественных коллег, выделяет всего два критерия для постановки диагноза «компульсивное переедание»:

- количество съеденного воспринимается самим человеком как чрезмерное, хотя объективно это может быть не так;
- во время приема пищи человек теряет контроль над собой.

Доктор медицинских наук Т.Г. Вознесенская выделяет следующие три типа нарушений пищевого поведения: экстернальное, эмоциогенное и ограничительное пищевое поведение.

Экстернальное пищевое поведение происходит тогда, когда больной человек испытывает желание есть не тогда, когда испытывает физический голод, а тогда, когда видит аппетитную еду.

Эмоциогенное пищевое поведение так же, как и в предыдущем типе характеризуется приемом пищи без чувства голода. Еда в данном случае выступает в качестве таблетки от эмоционального беспокойства. Эмоциогенное пищевое поведение бывает двух видов: компульсивное переедание, или «синдром ночной еды», когда переедание происходит вечером или ночью. «Синдром ночной еды проявляется клинической триадой симптомов: утренняя анорексия, вечерняя и ночная булимия, нарушения сна.

В основном этот синдром встречается у тучных женщин, склонных к депрессии» [11, с. 92].

К третьему типу нарушений пищевого поведения Т.Г. Вознесенская относит ограничительное пищевое поведение, или жесткие диеты, которые, в конечном итоге провоцируют компульсивное переедание и «диетическую депрессию. Так называют эмоциональную нестабильность, которая появляется именно во время следования строгой диете.

Доктор К.Г. Фэйрберн выделяет следующие триггеры, которые становятся пусковым механизмом к перееданию.

Следование диете. Диетой следует считать любое ограничение продуктов с целью контроля веса. Когда человек делит продукты на плохие и хорошие, плохие продукты он себе запрещает. Таким образом образуется чувство лишения себя чего-либо, что, в свою очередь, формирует заикленность на еде и на тех продуктах, которые запрещены.

Предменструальное напряжение. Многие женщины за несколько дней до начала цикла замечают, что им в эти дни очень сложно контролировать свое пищевое поведение. Они замечают ухудшение настроение, депрессивные мысли, что провоцирует переедание как попытку справиться со стрессом.

Алкоголь. Как известно, алкоголь расслабляет. В этот момент ослабевает контроль над сиюминутными желаниями, и человек, который придерживается диеты, гораздо легче отходит от нее. Еще под влиянием алкоголя человек хуже оценивает ситуацию, забывая о том, как плохо ему будет после переедания. Еще алкоголь способствует развитию тоски, что также способствует перееданию.

Негативные эмоции. Такие эмоции, как гнев, тревога, печаль, обида, скука, одиночество, и другие подобные чувства, очень часто бывают причиной переедания, поскольку временно заглушает их.

Одиночество. Как отмечалось ранее, люди, склонные к перееданию, часто делают это в компании с самим собой, поскольку стыдятся количества съеденного.

Ощущение себя толстым. Очень часто человек, который считает себя толстым, на самом деле не является таким. Однако, для такого человека считать себя толстым равняется им быть. Подобное ощущение себя также может стать причиной компульсивного переедания [34].

1.3 Психологические особенности личности при нарушениях пищевого поведения

Несмотря на всеобщую доступность недорогой вкусной еды, ее рекламу повсеместно, в современном мире идеал женской фигуры – это стройное и подтянутое тело. Для его достижения существует целая индустрия, что по сути является бизнесом, который приносит огромный доход: авторские диеты, программы и марафоны похудения, счетчики калорий (например, «fatsecret»), фитнес-залы, продукты с отметкой «низкокалорийный», «низкоуглеводный», «обезжиренный», БАДы для похудения, и многое другое.

Как показывают многочисленные исследования, негативным последствием раскрученного в СМИ идеала очень стройного тела, является формирование отрицательного отношения индивида к своему собственному телу. По статистике, в подавляющем большинстве случаев данная проблема касается девушек и женщин.

Нервная анорексия берет свое начало в 12-13 лет. Конечно, у данного заболевания, как и у булимии, есть множество факторов. Однако весьма значительным являются социальные факторы, а именно идеал красоты, который транслируется СМИ. На девочку-подростка смотрят худощавые красавицы с экрана телевизора, компьютера, смартфона, а ранее, и с обложки журнала. Это же касается и мультфильмов. Так, К.Н. Белогай пишет о том,

что «женские персонажи с более крупными и тяжелыми телами практически не представлены на телеэкране. Показанные женщины с крупными телами – это женщины более старшего возраста, которые практически никогда не изображаются в романтических ситуациях» [6, с. 77].

Находя несоответствие своих параметров с идеалом красоты, девушки начинают искать способ борьбы с недостатками своей фигуры. И это, по нашему мнению, является ключевым моментом в развитии расстройства пищевого поведения.

С точки зрения В.Д. Менделевича, «существует высокая положительная корреляция между удовлетворенностью телом и удовлетворенностью собой» [23, с. 106]. Таким образом, недовольство своим телом очень часто рождает недовольство собой как личностью.

Многие авторы указывают на наследственную подоплеку возникновения пищевых аддикций. Однако Н.Н. Мехтиханова подчеркивает: несмотря на то, что «существует генетическая предрасположенность к нервной анорексии, ведущая роль в возникновении заболевания принадлежит социальным факторам» [24, с. 86].

Несомненно, личностные особенности определяют вероятность развития того или иного заболевания. Так, В.А. Мищенко отмечает, что «личностная предрасположенность к анорексии проявляется как дифференцированность в интеллектуальной сфере и ранимость в сфере эмоциональной. В анамнезе обращают на себя внимание сензитивность и недостаточная контактность, хотя девочки ничем не привлекают к себе внимания» [25, с. 166]. По результатам исследований Л.Г. Жедуновой и А.С. Волдаевой, для пациентов с диагнозом нервная анорексия характерны самоуничтожение, страх, чувство бесперспективности будущего [13].

Как утверждает в своей книге Ю.Г. Фролова, «телесный идеал, к которому стремятся многие люди, ограничивающие себя в еде, подразумевает отречение от уникальности собственного тела и его негативную оценку» [35, с. 190].

Очень часто девушки, больные анорексией являются блестящими учениками, отличаются послушанием, высокой трудоспособностью и активностью. Однако они плохо адаптируются к изменениям, обычно эмоционально сдержанны, и весь фокус своего внимания направляют на самосовершенствование. Яркие эмоции они проявляют как реакцию на стресс. Как правило, они всеми силами стремятся быть «хорошей девочкой». Больные анорексией панически боятся потерять контроль над телом. Ограничивая себя в еде, такие девушки чувствуют контроль над своим телом, а значит, и жизнью.

Пик другого заболевания – нервной булимии приходится на чуть более поздний возраст – 18 лет. В отличие от «больных анорексией, у которых существует неадекватное восприятие своего тела, у лиц, страдающих булимией, присутствует лишь навязчивый страх ожирения. Такие личности более непоседливы, гневливы и импульсивны, чем больные нервной анорексией» [26, с. 170].

Часто бывает, что женщины страдают булимией много лет, и никто, порой даже самые близкие, не знают об этом. Поскольку больные умело скрывают свой недуг. Признаться в таком бывает стыдно, ограничительный тип питания плотно вошел в жизнь, вес колеблется не сильно, процесс самоочищения (чаще всего рвота) происходят легко и без особых усилий. Однако женщины, страдающие булимией, понимают, что так быть не должно и обычно желают избавиться от своего недуга. Со стороны такие женщины кажутся окружающим сильными, успешными, стойкими и независимыми, однако внутри они себя таковыми не считают. Таким людям часто свойственны пессимистичность, ощущение внутренней пустоты и общий депрессивный фон настроения. Происходит расщепление на себя плохую внутри и хорошую снаружи. «Поскольку восприятие себя и я-идеал резко расходятся, это порождает расщепленную картину: хороший образ вовне и плохой внутри, который они скрывают» [26, с. 171].

Как отмечает К.В. Шульц, у лиц, склонных к нарушениям пищевого поведения, «наблюдается склонность к депрессии, потеря смысла жизни и повышенная тревожность. Формируется так называемый «порочный круг», который включает в себя: триггер – какое-либо расстройство пищевого поведения – вину за расстройства пищевого поведения (вновь триггер) – снова нарушение пищевого поведения» [36, с. 135].

Реактивная булимия, которая возникает обычно в 20-25 лет, связана с психологической нагрузкой, и ей, как правило, предшествует стрессовая ситуация. Такие люди обычно имеют черты зависимой и тревожной личности.

Что касается аутохтонной булимии, которая начинается раньше 20 лет, ей характерна более высокая частота эпизодов переедания, отсутствие чувства насыщения в процессе приема пищи, тяга к еде чрезвычайная, отсутствие гиперфагической реакции на стресс и снижение критики к эпизодам булимии. И.Г. Малкина-Пых пишет о том, что людям, страдающим данным расстройством, присущи признаки эмоционально-неустойчивой личности.

Следствием диеты, согласно каузальной модели, является возникновение компульсивного переедания. Как отмечает Е.Г. Королева, «следование строгой диете не только коррелирует с эпизодами «обжорства», но, более того, является их причиной» [16, с. 391].

Согласно многолетним исследованиям Т.Г. Вознесенской, для людей, страдающих «эмоциогенным расстройством пищевого поведения, характерны следующие черты: высокая социальная ориентированность; подверженность стрессам; склонность к тревожно-депрессивным реакциям; психическая незрелость» [10, с. 93].

Как пишет Г.В. Акименко, существуют «следующие особенности лиц с перееданием: низкая стрессоустойчивость, высокая стрессодоступность, хороший интеллект, высокая социальная ориентированность, психическая незрелость, тревожное расстройство, плохо контролируемая эмоциональность импульсивность, пассивность поведения, алекситимия,

негативный образ своего тела и так далее» [2, с. 36]. Как отмечает М.В. Смагина, «негативное самоотношение – важная составляющая в личности людей, склонных к нарушению пищевого поведения. [31, с. 63].

О.В. Орлова отмечает, что одной из ключевых характеристик женщин, имеющих различные нарушения пищевого поведения, является склонность к зависимости [27]. Т.Е. Томашик относит компульсивное переедание к проблемным паттернам поведения. «Одним из признаков импульсивного действия является то, что ему часто предшествует растущее чувство внутреннего напряжения и дискомфорта, которое уменьшается самим импульсивным действием» [33, с. 228]. Так и происходит вовремя эмоциогенного переедания. Пациенты описывают, что негативные эмоции нарастают и требуют какой-нибудь разрядки. Еда является безопасным и социально одобряемым способом снять напряжение. «Вторая характеристика импульсивных действий заключается в том, что они приятны в момент действия, даже если после этого человек очень раскаивается» [33, с. 229].

Исследуя природу компульсивного переедания, Е.А. Васильева пришла к выводу о том, что «для того, чтобы понять причины пищевой зависимости или глубинную природу личности, страдающей данным расстройством необходимо проводить тщательный анализ когнитивных установок или убеждений, которые определяют ее психологические границы и контакт с миром» [8, с. 205].

Согласно типологии характеров З. Фрейда, которая основана на фиксации либидо в зависимости от стадии развития, существует в том числе оральный тип характера. Оральная стадия длится от рождения до 1,5 лет [14]. «Если младенец получает достаточное и своевременное питание, при этом чувствует контакт с телом матери, ощущает ее нежность и любовь, то его развитие проходит нормально. В данный период закладываются основные установки ребенка по отношению к миру: зависимость или независимость, доверие или недоверие» [12, с. 47]. Застывание человека на данной стадии формирует у него зависимость от оральных стимулов. К ним относятся

частое жевание резинки, щелканье семечек, обкусывание ногтей, сосание леденцов и переедание.

3. Фрейд различает орально-пассивный и орально-агрессивный тип. Первый тип формируется в случае, когда ребенку не хватало материнской любви и заботы, в то время как молока он мог получать как недостаточно, так и более необходимого. Орально-пассивный тип личности характеризуется большой доверчивостью и зависимостью от окружающих. Он ищет группу, которая о нем позаботится и за него все решит, наподобие матери.

Орально-агрессивный тип формируется «на втором этапе оральной стадии развития, когда у ребенка появляются зубы. Когда мать не сразу подходит к ребенку, долго отсутствует или не полностью сосредоточена на процессе кормления, он может выражать свое неудовольствие покусыванием груди иногда и до крови» [5, с. 57]. В данном типе характера у человека преобладает пессимистический настрой, он часто использует сарказм, то есть, старается укусить человека словесно, любит спорить и доминировать.

Однако если говорить о патологии и норме, Ю.Л. Кузьмицкая пишет о том, что «оральное удовлетворение может рассматриваться как патологическое в том случае, если это доминирующий способ удовлетворения потребностей человека, то есть если человек зависит от оральных привычек для ослабления состояния беспокойства или напряжения» [19, с. 18]. В случае с перееданием, зачастую так и бывает. Человек прибегает к этому способу как к варианту справиться с негативными эмоциями, будь то тревога, гнев, страх, скука и просто потому, что это самый привычный и знакомый для него способ снять напряжение. Незнание человека о том, как еще он может справиться с негативными эмоциями, наталкивает его на те же мысли.

Согласно последним исследованиям, люди, склонные к нарушению пищевого поведения, имеют к себе завышенные требования. В.С. Крапивина в своем исследовании связи перфекционизма с нарушениями пищевого

поведения установила, что «чем более высокие требования человек предъявляет по отношению к себе, более подвержен страху неудач, обладает самокритичностью, «самокопанием», тем более вероятны приступы эмоциогенного переедания» [18, с. 140]. Как указывает автор, так происходит потому, что стремление соответствовать высоким требованиям к себе и своему внешнему виду, в частности, порождает нарастающее напряжение, которое необходимо сбрасывать. Таким образом, формируется эмоциогенное переедание, или срыв, поскольку является защитным механизмом психики при данном нарушении пищевого поведения.

Подводя итог первой главе, отметим, что психологические различия мужчин и женщин волновали ученых с давних времен. Современная наука отмечает, что у женщин лучше развито правое полушарие головного мозга, которое отвечает за образно-чувственный аспект мышления. Однако также подчеркивается, что индивидуальные особенности личности могут перекрывать общие гендерные тенденции. И все же, в вопросе пищевого поведения особое значение приобретает половая принадлежность человека.

У больных нервной анорексией происходит искажение восприятия собственного тела, они до ужаса боятся поправиться. Данное заболевание является самым серьезным в данной группе, поскольку приводит к серьезным нарушениям здоровья, вплоть до летального исхода. В случае с булимией, у больных так же присутствуют страх поправиться, однако они регулярно переедают, а после проводят очистительные процедуры, либо «отрабатывают» съеденное при помощи изнурительных тренировок. Обычно наличие данного расстройства тщательно скрывается от окружающих.

Как правило, женщины, склонные к эмоциогенному перееданию, используют еду как средство борьбы с негативными эмоциями. Они заедают страх, тревогу, скуку, печаль, гнев. В момент переедания негативные эмоции действительно исчезают, однако сразу после возникает новая волна

негативных чувств и эмоций по отношению к себе как к слабохарактерному человеку. Отметим также, что часто данный вид пищевой аддикции возникает как следствие ограничительного типа питания.

Весьма важную роль в формировании нарушений пищевого поведения играют социальные факторы, однако психологические особенности человека определяют личную предрасположенность к возникновению данных заболеваний. Общим фактором для всех нарушений пищевого поведения является негативное отношение к своему телу и высокие требования по отношению к своей внешности. Согласно исследованиям, для женщин, имеющих нарушения пищевого поведения характерны: высокая эмоциональная чувствительность, неуверенность в себе, тревожность, исполнительность и перфекционизм.

Глава 2 Эмпирическое исследование психологических особенностей женщин, склонных к нарушению пищевого поведения

2.1 Методы исследования психологических особенностей женщин, склонных к нарушению пищевого поведения

В настоящем исследовании приняли участие 40 женщин, непосредственно работающие в ООО «Песчанокопскаггоремтехсервис», и их родственницы. Возраст участниц исследования варьировался от 32 до 45 лет. На этапе предварительной диагностики мы выяснили, что ни у одного из испытуемых не было поставленного диагноза «нарушение пищевого поведения», это было очень важным, поскольку в данной работе мы оценивали лишь склонность к данным заболеваниям.

Для выявления зависимости между психологическими особенностями личности и склонностью к нарушениям пищевого поведения, использовались следующие методики: Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ); Опросник образа собственного тела (ООСТ); Опросник Шмишека (Schmieschek Fragebogen) в адаптации Ю.В. Кортневой (2004).

Для выявления значимых различий между группами использовался U-критерий Манна-Уитни. Для выявления взаимосвязей между исследуемыми признаками был использован коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Голландский опросник пищевого поведения (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ) был разработан голландскими психологами в 1986 году «для выявления различных типов пищевого поведения: ограничительного, эмоциогенного и экстернального, которые, будучи сильно выраженными, становятся пищевыми нарушениями» [21, с. 22]. Опросник содержит 33 утверждения и 5 вариантов ответа на них: никогда, редко, иногда, часто и очень часто. Каждому ответу соответствует от 1 до 5 баллов. Для подсчета

итоговых баллов необходимо отдельно сложить баллы, полученные за вопросы 1-10, 11-23, и 24-33, затем найти среднее значение в каждой категории. Первые десять вопросов отражают уровень ограничительного стиля пищевого поведения, следующие 13 вопросов помогают выявить эмоциогенное пищевое поведение, и последние 10 направлены на выявление экстернального пищевого поведения. Нормой считаются следующие показатели: ограничительное пищевое поведение – 2,4 балла, для эмоциогенного – 1,8 баллов, для экстернального – 2,7 баллов.

Опросник образа собственного тела (ООСТ) позволяет определить степень удовлетворенности человека его собственным телом. Был разработан в Минске О.А. Скугаревским и С.В. Сивухой специально для людей, имеющих нарушения пищевого поведения. Поскольку человек видит себя не так, как окружающие, отношение к телу часто не зависит от внешней привлекательности. Авторы методики включают в отношение к телу два основных компонента: оценочный, который основан на мышлении, и перцептивный, который основан на восприятии [30]. В оценочный компонент входят: эмоции по поводу своей внешности, общая оценка тела (удовлетворенность отдельными частями, формой и весом тела), убеждения в отношении своей внешности и поведение, например, избегание весов, зеркал. Данная методика включает в себя 16 вопросов, определяющих отношение к своему телу, и 4 варианта ответов «никогда», «иногда», «часто» или «всегда». Каждому ответу присваивается определенный балл. Затем полученные данные суммируются. Если сумма баллов не превышает 12, человек удовлетворен своим телом, сумма баллов от 13 до 48 говорит о выраженной неудовлетворенности своей внешностью.

Опросник Г. Шмишека был разработан немецким психологом Хансом Шмишеком в 1970 году. В данном исследовании мы будем использовать его адаптацию Ю.В. Кортневой (2004). Этот опросник находит свое применение в качестве диагностического инструментария акцентуированных типов личности. За основу методики взята концепция «акцентуированных

личностей» Карла Леонгарда. Он разделял черты личности на основные и дополнительные. Основные черты являются стержневыми и определяют психическое развитие личности, ее адаптацию и развитие. Опросник «содержит 10 шкал в соответствии с десятью выделенными Леонгардом типами акцентуированных личностей. Рассмотрим шкалы опросника более подробно.

Шкала «Гипертимность» отражает склонность к повышенному настроению, общительности и деятельной активности.

Шкала «Застывание» отображает склонность к стойкости аффекта, длительным эмоциональным переживаниям, обидчивости и злопамятности.

Шкала «Эмотивность» указывает на склонность к впечатлительности, повышенной эмоциональной чувствительности в сфере тонких переживаний.

Шкала «Педантичность» определяет наличие повышенной тяги к порядку, аккуратности, педантичности.

Шкала «Тревожность» отражает склонность к постоянному беспокойству по поводу возможных неудач, переживание за свою судьбу и судьбу своих близких.

Шкала «Циклотимность» отражает частую смену гипертимических и дистимических состояний.

Шкала «Демонстративность» указывает на наличие потребности в самовыражении, стремление произвести впечатление, быть в центре внимания.

Шкала «Возбудимость» отражает склонность к повышенной импульсивности.

Шкала «Дистимность» отображает склонность к концентрации на мрачных, печальных сторонах жизни и на негативных сторонах жизни.

Шкала «Экзальтированность» показывает склонность к яркой экзальтированной реакции, как на печальные, так и на радостные события» [4, с. 249].

Отметим, что «личностный опросник Шмишека включает перечень вопросов, обращенных к различным установкам и особенностям отношений человека к миру, другим людям, к самому себе. По инструкции испытуемый должен выразить свое мнение по каждому вопросу ответами либо «да», либо «нет». При обработке результатов опросника ответы испытуемого в соответствии с ключом разносятся по десяти типам личности» [4, с. 250]. Полученные балы называются сырыми, поэтому для преобразования их в итоговые показатели, необходимо их умножить на определенные коэффициенты. Значения, которые находятся ниже 7, считаются низкими. Значения от 7 до 18 считаются средними. Значения от 19 до 24 считаются высокими и указывают на яркую выраженность, или акцентуацию данных черт в характере.

Для выявления значимых различий между группами испытуемых мы использовали U-критерий Манна – Уитни. Данный метод является самым популярным непараметрическим статистическим критерием. «К непараметрическим критериям относятся критерии, не требующие для расчета знания параметров распределения. Для их вычисления достаточно иметь значения частот или рангов» [14, с. 70]. «Эмпирическое значение критерия показывает, насколько совпадают (пересекаются) два ряда значений измеренного признака. Чем меньше совпадение, тем больше различаются эти два ряда. Основная идея критерия U основана на представлении всех значений двух выборок в виде одной общей последовательности упорядоченных (ранжированных) значений» [28, с. 34].

Для определения связи между двумя показателями мы использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена. «Использование коэффициента ранговой корреляции Спирмена получило наибольшее распространение в психодиагностике в силу простоты его вычисления и отсутствия необходимости в проверке распределения значений диагностируемого показателя на нормальность» [14, с. 86].

2.2 Анализ результатов психологических особенностей женщин, склонных к нарушению пищевого поведения

Первым этапом диагностического исследования было определение наличия у респондентов склонности к нарушению пищевого поведения. Анализ был произведен на основании итоговой суммы баллов по 3 шкалам методики «Голландский опросник пищевого поведения» (DEBQ). Сырые баллы респондентов представлены в Приложении А, в таблице А.1. Исходя из полученных данных, испытуемые были разделены на 2 группы: женщины, имеющие склонность к нарушению пищевого поведения, и женщины без склонности к нарушению пищевого поведения, что показано на рисунке 1.



Рисунок 1– Процентное соотношение респондентов по наличию склонности к нарушению пищевого поведения

Как мы видим из результатов, представленных на рисунке 1, большая часть респондентов (57,5%) имеют склонность к нарушению пищевого поведения, они составляют группу №1. Группу №2 составляют те женщины, у которых не обнаружена склонность к нарушению пищевого поведения (42,5%).

На рисунке 2 представлены результаты исследования типов нарушений пищевого поведения в каждой из исследуемых групп (средний балл).

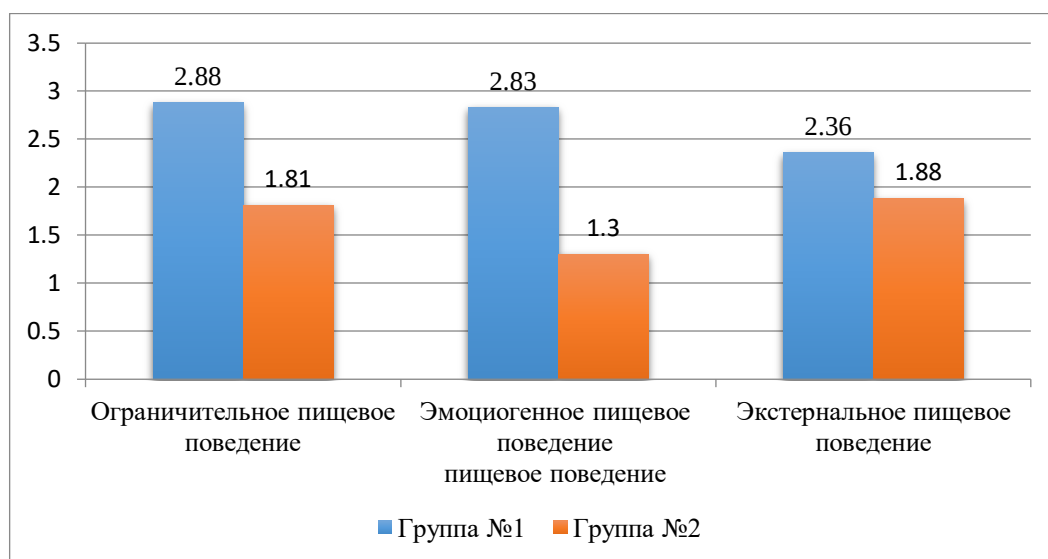


Рисунок 2 – Результаты диагностики по методике «Голландский опросник пищевого поведения» (DEBQ)

Как мы видим из полученных данных на рисунке 2, у женщин, имеющих склонность к нарушениям пищевого поведения, присутствуют высокие показатели по ограничительному пищевому поведению (2,88 баллов), а это говорит о том, что эти женщины регулярно «салятся» на диету, либо стараются избегать употребления определенных продуктов, чтобы не поправиться. Почти такое же высокое значение (2,83 балла) у эмоциогенного (2,36 балла) и экстернального пищевого поведения означает, что эти женщины едят не тогда, когда голодны, а едят в любой непонятной ситуации. У них возникает желание поесть, когда грустно, тревожно, одиноко, а также, когда они идут мимо кондитерской или кафе.

У женщин, не имеющих склонность к нарушениям пищевого поведения, все показатели ниже, при этом наиболее низкий показатель у эмоциогенного пищевого поведения (1,3 балла), а это означает, что женщины из данной группы не склонны заедать свои эмоции. Ограничительное (1,81 балла) и экстернальное (1,88 балла) пищевое поведение также находится на

низком уровне в данной группе, что означает, что они не ограничивают специально употребление каких-либо продуктов, но и спокойно проходят мимо булочных, кафе, то есть, они не едят тогда, когда не голодны.

Достоверность различий между группами женщин, имеющих и не имеющих склонность к нарушению пищевого поведения, мы определяли при помощи U-критерия Манна-Уитни (таблица 1).

Таблица 1– Результаты сравнительного анализа (U-критерий Манна-Уитни) между группами женщин

Тип пищевого поведения	Женщины, имеющие склонность к нарушению пищевого поведения	Женщины, не имеющие склонности к нарушению пищевого поведения	UЭмп
Ограничительное пищевое поведение	2,88	1,81	71**
Эмоциогенное пищевое поведение	2,83	1,3	1,5**
Экстернальное пищевое поведение	2,36	1,88	105**
Примечание: * выделены значимые различия между группами			

В отношении ограничительного стиля питания получили результат: UЭмп = 71, Uкр при заданной численности сравниваемых групп составляет 109. Значение $71 < 109$, следовательно, подтверждается статистическая значимость различия уровня ограничительного пищевого поведения в сравниваемых группах ($p < 0,01$).

При исследовании эмоциогенного пищевого поведения был получен результат: UЭмп = 1,5. Значение $1,5 < 109$, следовательно, полученные эмпирические данные ($p < 0,01$), находятся в зоне значимости.

При исследовании экстернального пищевого поведения в двух группах при помощи U-критерий Манна-Уитни получили результат: UЭмп = 105. Значение $105 < 109$, следовательно, полученное эмпирическое значение ($p < 0,01$) находится в зоне значимости.

Для исследования отношения женщин к своей внешности был использован «Опросник образа собственного тела» (ООСТ). Результаты

данной методики представлены в Приложении Б, в таблице Б.1. На рисунке 3 отображены результаты проведения данной методики для каждой из групп испытуемых.

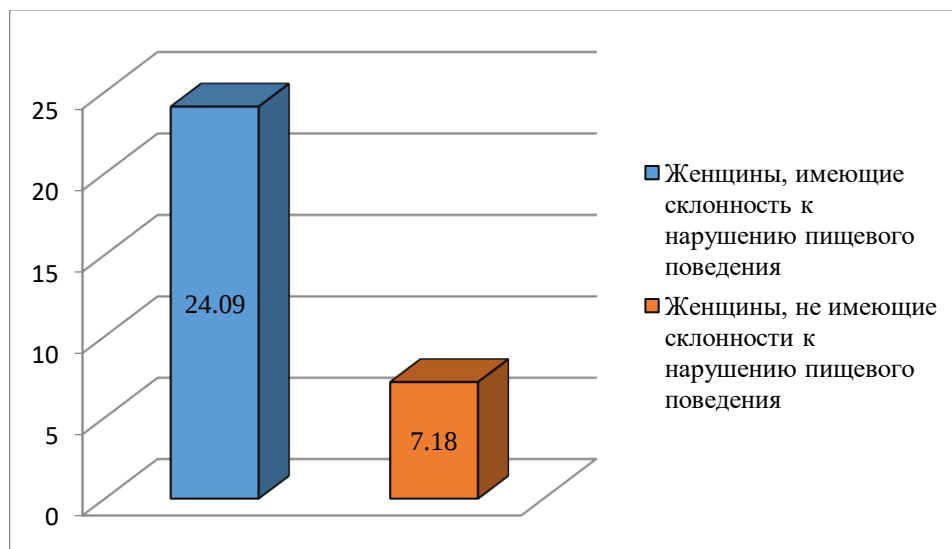


Рисунок 3 – Результаты диагностики по опроснику образа собственного тела (средний балл) среди респондентов

Из полученных данных, изображенных на рисунке 3, становится очевидным, что женщины, имеющие склонность к нарушениям пищевого поведения, имеют также высокую степень неудовлетворенности собственным телом (среднее значение 24,09 баллов). В то же время, женщины, не имеющие склонность к нарушению пищевого поведения, в целом положительно оценивают свое тело (7,18 баллов), они с удовольствием смотрят в зеркало и считают, что окружающие находят их внешность привлекательной.

Следует отметить, что образ собственного тела является многосоставным понятием, которое зависит, в первую очередь от того, как человек сам оценивает собственную внешность, а не от того, как он выглядит объективно. Так, например, женщина может иметь отличную фигуру, однако в то же время считать себя недостаточно привлекательной, поскольку какая-то часть ее тела не отвечает ее завышенным требованиям. Это может в целом

сказываться на самооценке и удовлетворенности своей внешностью. В то время как девушка, имеющая множество отклонений по современным стандартам красоты, будучи уверенной в своей привлекательности, будет считать свое тело идеальным. Удивительно, но окружающие также считают отношение индивида к своему телу, что влияет на взаимоотношения полов.

Для проверки достоверности значимых различий между двумя группами испытуемых мы обработали данные при помощи U-критерия Манна-Уитни. В результате обработки данных были выявлены значимые различия между группами по уровню удовлетворенности собственным телом (уровень значимости, $p < 0,01$).

Далее для того, чтобы выявить психологические особенности испытуемых в выделенных нами группах, мы использовали опросник Шмишека. Сырые баллы респондентов представлены в Приложении В (таблица В.1). На рисунке 4 использована диаграмма для наглядного изображения выраженности психологических черт в каждой из групп испытуемых (средний балл).

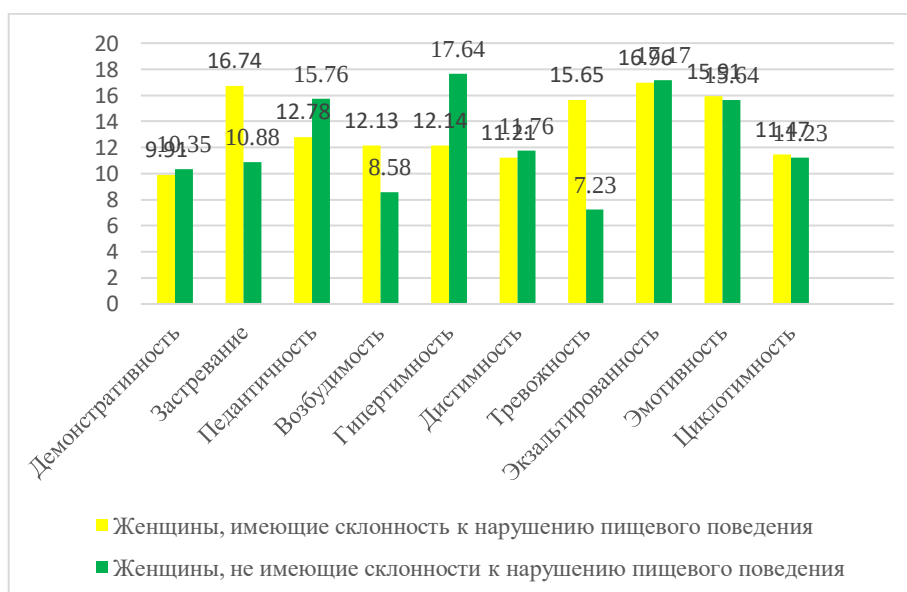


Рисунок 4 – Результаты диагностики по опроснику Шмишека (средний балл) среди респондентов

Как мы видим на рисунке 4, исходя из данных о средних показателях в исследуемых группах, можно сделать вывод о том, что уровень демонстративности в обеих группах является средним (9,91 и 10,35 баллов). Это говорит о том, что женщины в обеих группах имеют средний уровень общительности, не стремятся к публичным выступлениям, но и не склонны прятаться за чужие спины на сцене.

Уровень шкалы «застывание» явно выше в группе женщин, имеющих склонность к нарушению пищевого поведения (средний балл 16,74 против 10,88 во второй группе). Это говорит о том, что женщины из первой группы склонны надолго запоминать обиды, имеют четко очерченный круг друзей и врагов.

Средний балл педантичности выше у женщин, не имеющих склонности к нарушению пищевого поведения (средний балл 15,76 во второй группе и 12,78 в первой). Это говорит о том, что женщины со склонностью к нарушению пищевого поведения в целом стараются поддерживать порядок дома и на работе, но не имеют стремления к тщательности всего, что они делают.

Женщины, имеющие склонность к нарушению пищевого поведения, имеют средний уровень возбудимости (средний балл 12,13), однако у женщин, не имеющих склонности к нарушению пищевого поведения, он гораздо ниже (средний балл 8,58). Это говорит в данном случае о том, что женщины из второй группы гораздо чаще проявляют хладнокровие и обладают более высоким уровнем самоконтроля в сфере эмоциональных реакций.

Женщины, не имеющие склонности к нарушению пищевого поведения отличаются очень высоким уровнем гипертимности (средний балл 17,64). В то время как женщины из первой группы имеют средний уровень гипертимности (средний балл 12,14) Это говорит о том, что испытуемые, не имеющие склонность к нарушению пищевого поведения, имеют обычно

приподнятое настроение, обладают повышенной подвижностью и общительностью, отличаются повышенным жизненным тонусом.

Уровень дистимности в обеих группах является средним (средние баллы – 11,21 и 11,76).

Уровень тревожности почти в 2 раза выше в первой группе женщин (15,65 средний балл), чем во второй группе (7,23 средний балл). Людям тревожного типа свойственны такие черты, как пугливость, обидчивость, робость, преобладание минорного настроения. У них рано формируется чувство долга, ответственности и высокие моральные требования.

Уровень экзальтированности в обеих группах достаточно высокий (16,96 баллов в первой группе и 17,17 во второй). Данные показатели говорят о том, что такие люди подвержены сиюминутным настроениям, порывисты, легко переходят от состояния восторга к состоянию печали, обладают лабильностью психики.

Еще одной общей чертой обеих групп женщин в нашем исследовании, является повышенный уровень эмотивности (15,91 средний балл в первой группе и 15,64 во второй). Это говорит о том, что женщины в обеих группах являются эмоционально чувствительными, имеют чувство сострадания к людям и животным.

Уровень циклотимности в обеих группах является средним (11,47 и 11,23 средние баллы), это говорит о том, что женщины в обеих группах имеют обычно устойчивое настроение.

Безусловно, исследуя только средние показатели, мы имеем недостаточно достоверную картину, поэтому для выявления значимых различий в группах, мы использовали U-критерий Манна-Уитни. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Сравнительный анализ шкал психологических черт личности в двух группах (U-критерий Манна-Уитни)

Психологические черты личности	Женщины, имеющие склонность к нарушению пищевого поведения	Женщины, не имеющие склонности к нарушению пищевого поведения	UЭмп
Демонстративность	9,91	10,35	161
Застревание	16,74	10,88	68**
Педантичность	12,78	15,76	117
Возбудимость	12,13	8,58	150
Гипертимность	12,14	17,64	70**
Дистимность	11,21	11,76	152,5
Тревожность	15,65	7,23	83**
Экзальтированность	15,04	17,17	195
Эмотивность	15,91	15,64	165
Циклотимность	11,47	11,23	193,5
Примечания: ** выделены значимые различия между группами			

Исходя из результатов таблицы 2, были выявлены значимые различия между группами по следующим шкалам «застревание» (уровень значимости, $p < 0,01$), «тревожность» (уровень значимости, $p < 0,01$), и «гипертимность» (уровень значимости, $p < 0,01$). Следует отметить, что первые два показателя выше у женщин, склонных к нарушениям пищевого поведения, в то время как по шкале «гипертимность» показатели выше у женщин, не имеющих склонности к нарушению пищевого поведения. Это означает, что такие женщины на протяжении жизни имеют фоновое приподнятое настроение, бодрость, активность и оптимизм.

Первой преобладающей чертой у женщин, имеющих склонность к нарушению пищевого поведения, является «застревание». Как описывает таких личностей Ю.В. Кортнева «основой застревающего, параноического типа акцентуации личности, по мнению Леонгарда, является патологическая стойкость аффекта. У такого человека действие аффекта прекращается гораздо медленнее, чем в норме, и стоит лишь вернуться мыслью к случившемуся, как немедленно оживают и сопровождавшие стресс эмоции. Аффект у такой личности держится очень долгое время, хотя никакие новые переживания его не активизируют. Патологическим последствием чреват

в первую очередь эгоистические аффекты, так как именно им присуща особая сила. Вот почему застревание аффекта наиболее ярко проявляется тогда, когда затронуты личные интересы акцентуированной личности. Аффект в этих случаях оказывается ответом на уязвленную гордость, на задетое самолюбие, а также на различные формы подавления, хотя объективно моральный ущерб может быть ничтожным. Оскорбление личных интересов, как правило, никогда не забывается застревающими личностями, поэтому их часто характеризуют, как злопамятных или мстительных людей» [17, с. 32].

Второй преобладающей чертой у женщин, склонных к нарушению пищевого поведения, является тревожность. «Леонгард отмечал, что люди с тревожно-боязливым типом личностной акцентуации отличаются робостью, в которой чувствуется элемент покорности, униженности. Так же Леонгардом проводилось выделение ананкастической робости, спецификой которой является внутренняя неуверенность в себе. В первом случае человек постоянно настороже перед внешними раздражителями, во втором – источником робости служит собственное поведение человека, именно оно все время находится в центре его внимания. В обоих случаях возможна сверхкомпенсация в виде самоуверенного или даже дерзкого поведения, однако неестественность его сразу бросается в глаза. Боязливая радость может иногда перейти в доверчивость, в которой сквозит просьба «Будьте со мной дружелюбны». Временами к робости присоединяется пугливость, которая может иметь чисто рефлекторный характер, но может быть и проявлением внезапного страха. Чем ярче выражена пугливость, тем более вероятна сопровождающая ее повышенная возбудимость автономной нервной системы» [17, с. 45].

Сравнительный анализ данных, полученных из таблицы 2, позволяет сделать вывод о том, что уровень по шкале «демонстративность» различается незначительно у женщин со склонностью к нарушениям пищевого поведения, и без нее. Также средние показатели по данной шкале имеют

невысокие значения, что говорит о том, что данная черта характера не является доминирующей ни в одной групп.

Данные по шкале «педантичность» говорят о том, что эта черта характера более свойственна женщинам, не склонным к нарушениям пищевого поведения. В то время как данные по шкале «возбудимость» у женщин без склонности к нарушениям пищевого поведения находятся на очень низком уровне по сравнению с женщинами, имеющими такую склонность.

Полученные значения по шкале «дистимность» также имеют незначительные различия и находятся на достаточно низком уровне в каждой из исследуемых групп. Данные по шкале «экзальтированность» в обеих группах имеют повышенное значение, а это говорит о том, что большая часть исследуемых женщин, вне зависимости от наличия склонности к нарушениям пищевого поведения, предрасположена к повышенной эмоциональной реакции, как на позитивные, так и на негативные события.

Также повышенные значения в обеих группах наблюдаются по шкале «эмотивность», что говорит о высокой эмоциональной чувствительности и глубине переживаний у большинства исследуемых женщин. По шкале «циклотимность» также не было выявлено значимых различий, при этом средние показатели в обеих группах имеют заниженное значение, что говорит о невысокой склонности большей части исследуемых женщин к резким перепадам настроения без объективных причин.

С целью обнаружения возможных взаимосвязей между измеряемыми параметрами был применен коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r_s). Результаты корреляционного анализа черт характера и типов нарушений пищевого поведения приведены в таблице 3.

Таблица 3 – Результаты корреляционного анализа шкал психологических черт личности и оценки преобладающего типа пищевого поведения среди респондентов (коэффициент ранговой корреляции Спирмена)

Шкалы	Ограничительное пищевое поведение	Эмоциогенное пищевое поведение	Экстернальное пищевое поведение
Демонстративность	-0,166	-0,2	0,181
Застревание	0,472*	0,596 *	0,218
Педантичность	-0,208	-0,317 *	-0,36
Возбудимость	0,213	0,084	-0,108
Гипертимность	-0,521 *	-0,585 *	-0,067
Дистимность	-0,001	0,005	-0,22
Тревожность	0,233	0,686 *	0,501 *
Экзальтированность	0,001	-0,168	-0,231
Эмотивность	0,335 *	0,001	0,007
Циклотимность	0,003	-0,081	-0,63
Примечания: * выделено наличие корреляции			

Исходя из данных таблицы 3, была выявлена положительная взаимосвязь между «застреванием» и такими типами пищевого поведения как ограничительное и эмоциогенное. Это говорит о том, что женщины, которые долго переживают обиды и оскорбления, склонны использовать еду в качестве способа справиться с эмоциями, а также зачастую садятся на диету, чтобы не набирать вес.

Как мы видим из полученных данных, высокие значения коэффициента корреляции наблюдаются между тревожностью и такими типами пищевого поведения, как эмоциогенное и экстернальное. Женщины, которые склонны тревожиться обо всем на свете, часто предпочитают использовать пищу как метод борьбы с плохим настроением, скукой, страхом.

Положительная корреляция наблюдается также между уровнем эмотивности и ограничительным пищевым поведением. Это говорит о том, что респонденты, имеющие повышенную эмоциональную чувствительность, склонны ограничивать себя в пище и часто садятся на диету.

Была обнаружена отрицательная корреляционная связь между уровнем педантичности и эмоциогенным пищевым поведением, что говорит о том,

что людям, которые стремятся поддерживать идеальный порядок во всех сферах жизни, обычно не свойственно заедать эмоциональные переживания.

Между уровнем гипертимности и такими типами пищевого поведения, как эмоциогенное и ограничительное, была также обнаружена обратная взаимосвязь. Это говорит о том, что человек, имеющий постоянно приподнятое настроение, обычно не стремится ограничивать себя в пище и не использует еду для борьбы с подавленным эмоциональным состоянием.

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод о том, что женщины, имеющие склонность к нарушениям пищевого поведения, при помощи еды стараются решить такие проблемы, которые еда никак не решает. Так, например, когда у таких женщин случаются неприятности, возникает чувство фрустрации, грусти, одиночества, сразу же у них возникают мысли по типу: «что же такого вкусного я могу сейчас съесть, купить или приготовить, чтобы мне стало легче». И действительно, в момент, когда они едят, они успокаиваются, получают чувство радости и удовольствия. Однако еда никак не может решить психологическую проблему, поскольку у нее совсем другая функция – утоление голода.

2.3 Практические рекомендации для женщин, склонных к нарушению пищевого поведения

Ниже представлены практические рекомендации, которые мы разработали для коррекции склонностей к нарушению пищевого поведения, а также акцентуированных черт характера у женщин, имеющих склонность к нарушению пищевого поведения, которые были нами выявлены в ходе настоящего эмпирического исследования.

Поскольку ключевым фактором в развитии ограничительного типа пищевого поведения является особая озабоченность по поводу массы своего тела и возможного ожирения, «одним из ключевых моментов терапии нарушений пищевого поведения является ослабление жесткого гнета

«стандартов красоты» и прекращение жестких и чрезмерных диетических ограничений. Для реализации этой цели следует прояснять систему мотивирующих факторов человека в отношении предпринимаемого им контроля массы тела. В одних ситуациях это связано с эмоциональными и межличностными проблемами, что должно стать фокусом внимания в процессе терапии. В других – мотивация обусловлена представлениями человека о том, что наличие стройного тела – залог личного счастья. В любом случае выздоровление подразумевает движение против культурального давления в отношении стройности и похудения» [27, с. 191]. Отметим также, что ограничительный тип пищевого поведения ведет к возникновению эмоционального напряжения в жизни женщины. Ограничивая себя в пище, человек, по сути, закладывает дальнейший срыв и переедание, если он не знает другого способа справиться со стрессом, кроме пищи.

Как отмечалось выше, ядром эмоциогенного типа пищевого поведения является тот факт, что человек использует пищу как способ справиться с эмоциональным напряжением. Для того чтобы изменить данный патологический паттерн поведения, необходимо обучиться другому способу совладения с негативными эмоциями и стрессом, в частности.

Способы совладения со стрессом можно разделить на два вида: физиологические и психологические.

Психологические способы управления стрессом (режим сна и питания, методы самовнушения, переключение на другой вид деятельности, планирование времени, доверительный разговор с близким человеком, изменение отношения к проблеме) являются по своей сути профилактическими мероприятиями.

Однако в момент, когда человек непосредственно находится в стрессовой ситуации, наиболее эффективными являются физиологические способы борьбы с эмоциональным напряжением. Поскольку данная тема является одной из фундаментальных в психологической науке, методов

борьбы со стрессом существует множество, далее мы становимся на некоторых из них более подробно.

Дыхательные упражнения. Дыхание является наиболее простым и доступным способом упорядочить наши психические состояния. Управление процессом дыхания позволяет человеку менять состояние эмоционального напряжения на состояния покоя и приятного равновесия. При этом, результат будет лучше, если одновременно с глубоким диафрагмальным дыханием концентрироваться на идее спокойствия и расслабления.

Мышечная релаксация. Зачастую у людей, не умеющих правильно сбрасывать напряжение, образуется так называемые мышечные зажимы или так называемый мышечный панцирь. Так происходит потому, что эмоциональное напряжение приводит к напряжению скелетной мускулатуры. Э. Джекобсон является автором научного метода релаксации. Его техника заключается в осознании напряжения мышц и их произвольного расслабления. Для этого используются два варианта «Прогрессирующей мышечной релаксации». Освоение данной техники позволит улучшить психическое и физическое здоровье, поскольку мышечные зажимы играют важную роль в возникновении многих заболеваний.

Методы визуализации и концентрации внимания. На эмоционально-психическое состояние особое влияние оказывают воображение и концентрация внимания. Так, например, если в нашем воображении возникают негативные образы нашего будущего, наши мышцы будут непроизвольно напрягаться, как защитный механизм для подготовки нашего тела к возможной схватке или бегству. В то же время, переключение внимания на целенаправленную визуализацию препятствует развитию негативных переживаний и ощущений.

Аутогенная тренировка и самовнушение. Аутогенная тренировка – это «активный метод психотерапии, психопрофилактики и психогигиены, основанный на сознательной психофизической регуляции. Данный метод направлен на восстановление динамического равновесия системы

гомеостатических саморегулирующих механизмов организма человека, нарушенного в результате стрессового воздействия» [3, с. 95]. Автором аутогенной тренировки является И. Шульц, который основывал свой метод на принципе, состоящем в осознании таких свойств тела, как вес и тепло. Данный метод способствует уменьшению эмоционального дискомфорта и чувства тревоги, что так необходимо людям, страдающим эмоциогенным пищевым поведением.

Помимо вышеизложенного, к методам борьбы с эмоциональным напряжением относят релаксирующие видео, действия с водой и песком, тщательное рассматривание чего-либо. «Формирование гармоничного адекватного пищевого поведения представляет собой сложный многокомпонентный процесс, состоящий из развития правильных установок, здоровых привычек, культурных манер в отношении приема пищи. Целями психологической коррекции нарушений пищевого поведения являются выявление факторов, обуславливающих формирование аддиктивных форм поведения, и мотивационная интервенция, направленная на нормализацию пищевого поведения.

К психопрофилактическим и психокоррекционным мероприятиям по развитию гармоничного пищевого поведения относят коррекцию образа жизни (расширение репертуара возможностей получения положительных эмоций, получения удовольствия); коррекцию индивидуальной системы ценностей в отношении процесса приема пищи (в соответствии с собственными физиологическими потребностями); развитие эффективных способов саморегуляции и совладения со стрессовыми ситуациями (исключив «заедание» стресса, конфликтов и проблем); повышение уровня самооценки и развитие уверенности в себе (техники личностного роста, коррекция образа – «Я»))» [2, с. 39].

Подведем итог второй главе. По результатам диагностических методик были обнаружены значимые различия между женщинами, склонными и не склонными к нарушению пищевого поведения. В частности, было выявлено,

что женщины, склонные к нарушению пищевого поведения имеют схожие акцентуированные черты: застревание и повышенную тревожность. Было также выявлено, что женщины, не имеющие склонности к нарушениям пищевого поведения, чаще имеют акцентуацию «гипертимность», что говорит об их общем приподнятом фоне настроения. Застревание на негативных мыслях прошлого и тревога о будущем является общими свойствами характера людей, склонных к нарушению пищевого поведения. Это, в свою очередь толкает таких людей к заеданию негативных эмоций.

В ходе исследования также было выявлено, что в группе женщин, склонных к нарушению пищевого поведения, практически у всех присутствует неудовлетворенность собственным телом. А это, в свою очередь, является одним из катализаторов ограничительного пищевого поведения. Ограничение же в питании создает эмоциональное напряжение, что многие из женщин, склонных к нарушению пищевого поведения стараются снять едой. За перееданием следует самообвинение, поскольку, как мы выяснили в ходе исследования, женщины со склонностью к расстройствам пищевого поведения не довольны своей внешностью.

Заключение

Данная работа подтверждает актуальность выбранной темы: в настоящее время во всем мире растет число женщин, имеющих нарушения пищевого поведения. Выявление психологических особенностей женщин, имеющих склонность к расстройствам пищевого поведения, является весьма важным для психологической профилактики и коррекции данных патологий. Анализ литературы по данной теме показывает, что данная тема изучена недостаточно и нуждается в большем количестве исследований.

В научной литературе к нарушениям пищевого поведения относят нервную анорексию, нервную булимию и неуточненные расстройства пищевого поведения. В ходе нашего исследования мы изучали третий тип нарушений пищевого поведения, который имеет большую распространенность среди взрослых женщин. В контексте настоящего исследования мы определяли показатели типов пищевого поведения: экстернального, ограничительного и эмоциогенного.

По результатам исследования было выявлено, что большая часть испытуемых имеет склонность к нарушениям пищевого поведения. Лидирующим стилем питания у женщин со склонностью к нарушению пищевого поведения является ограничительный. Это означает, что такие женщины регулярно «сажаются на диету». На втором месте у таких женщин эмоциогенный тип питания, что говорит о том, что они используют еду для снятия психологического дискомфорта. Получается порочный круг: ограничение питания создает эмоциональное напряжение, а средством борьбы с этим напряжением выступает еда. Следует отметить, что женщины, не имеющие склонности к нарушению пищевого поведения, в ходе данного исследования признавались, что вообще теряют аппетит во время эмоционального напряжения.

Следующей отличительной особенностью женщин, имеющих склонность к расстройствам пищевого поведения, является высокая степень

неудовлетворенность собственным телом. По данным нашего исследования, в более чем три раза составляет разница между средними показателями двух групп. Это очень высокий показатель, который говорит о том, что женщины со склонностью к нарушению пищевого поведения обычно не любят смотреть на себя в зеркало, поскольку им сразу же бросаются в глаза их недостатки и несовершенства, особенно, отдельные части тела. Они также считают, что у окружающих людей высокие требования к их внешности. По данным многочисленных исследований, такое отношение формируется чаще всего в подростковом возрасте, и огромное влияние оказывают СМИ.

Для выявления психологических особенностей женщин со склонностью к нарушениям пищевого поведения мы использовали опросник Шмишека. По результатам исследования было выяснено, что для женщин со склонностью к нарушениям пищевого поведения характерна такая акцентуация, как «застревание» на мыслях, эмоциях. Такие люди по долгу переживают обиды и оскорбления. Стоит им вспомнить неприятную ситуацию из прошлого, как они начинают испытывать негативные эмоции также, как будто ситуация повторяется в данный момент.

Еще одной акцентуацией, свойственной женщинам со склонностью к расстройствам пищевого поведения, по данным нашего исследования, является тревожность. Это говорит о том, что таким женщинам свойственно часто тревожиться о будущем, причем не только о своем, но и о будущем своих близких. Поэтому необходимо таким женщинам учиться справляться с тревогой, осваивать разумные методы для достижения спокойного, ровного настроения и образа мыслей, развивать навыки саморегуляции чувств и эмоций.

Данное исследование доказывает ранее выдвинутую гипотезу: женщины, склонные к нарушению пищевого поведения имеют ряд общих психологических особенностей: акцентуированные черты характера, такие как тревожность, «застревание» в мыслях, эмоциях и неудовлетворенность своим телом.

Список используемой литературы

1. Аграс В. С., Эпл Р. Ф. Когнитивно-поведенческая терапия при нервной булимии и психогенном переедании. Руководство психотерапевта. пер. с англ. М.Д. Насими. Киев: Диалектика, 2021. 178 с.
2. Акименко Г. В., Кирина Ю. Ю., Лопатин А. А. Психическое здоровье: клинические, психологические и социальные реалии: монография. Москва: Альпен-Принт, 2023. 309 с.
3. Акимова А. Р. Практикум по психологии стресса: стрессовые реакции и саморегуляция: учебное пособие. М. : ФЛИНТА, 2023. 124 с.
4. Акимова М. К., Гуревич К. М. Психологическая диагностика. Учебник для вузов. СПб. : Питер, 2003. 652 с.
5. Аргентова Т. Е. Введение в клинический психоанализ: учебное пособие. Кемерово: КемГУ, 2019. 153 с.
6. Белогай К. Н. Представления женщин о своем теле: феноменология и факторы развития: монография. Кемерово: КемГУ, 2019. 219 с.
7. Бендас Т. В. Гендерная психология: учебное пособие. Оренбург: ОГУ, 2017. 431 с.
8. Васильева Е. А. Базисные убеждения личности с компульсивным перееданием // Научный альманах. 2016. №3. С. 203–206.
9. Великанова А. С., Панич О. Е., Ткаченко Н. С. Преподавание психологии в высшей школе: деятельностно-компетентностный подход. учебное пособие. Белгород: НИУ БелГУ, 2023. 180 с.
10. Вознесенская Т. Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция// ФАРМАТЕКА. Клинический опыт; № 12; 2009. С. 91–93.
11. Вудман М. Сова была раньше дочкой пекаря: Ожирение, нервная анорексия и подавленная женственность. Когито-Центр, 2017. 176 с.
12. Дрёмина И. Е. Основные направления психотерапии: учебник. Йошкар-Ола: МарГУ, 2020. 185 с.

13. Жедунова Л. Г., Волдаева А. С. Состояние границ психологического пространства личности как фактор формирования нарушений пищевого поведения // Ярославский педагогический вестник. 2014. С. 237–241.
14. Иконникова Г. Ю., Худяков А. И. Психодиагностика: применение статистических методов: учебно-методическое пособие. Спб. : 2018. 144 с.
15. Кондрашихина О. А. Дифференциальная психология: учебное пособие. Севастополь: СевГУ, 2022. 305 с.
16. Королева Е. Г. Клиническая психология в соматической медицине: учебное пособие. Гродно: 2018. 460 с.
17. Кортнева Ю. В. Диагностика актуальной проблемы: методика Леонгарда-Шмишека. М. : 2004. 240 с.
18. Крапивина В. С. Взаимосвязь перфекционизма и эмоциогенного переживания // Вестник магистратуры. 2023. № 1-1 С. 137–141.
19. Кузмицкая Ю. Л. Теории личности: учебно-методическое пособие. Гродно: 2019. 291 с.
20. Лукаш Ю. А. Характер, здоровье, способности и наклонности человека. Как их можно определить по внешним признакам: учебное пособие. М. : ФЛИНТА, 2022.
21. Макушина О. П. Методы психодиагностики зависимого поведения. учебное пособие. Воронеж, 2012. 75 с.
22. Малкина-Пых И. Г. Терапия пищевого поведения. М. : Эксмо, 2007. 1040 с.
23. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения. Учебное пособие. СПб. : Речь, 2005. 445 с.
24. Мехтиханова Н. Н. Психология зависимого поведения: учебное пособие. М. : ФЛИНТА, 2019, 157 с.
25. Мищенко В. А. Психология аутодеструктивного поведения и его профилактика. Учебное пособие. Ставрополь: СКФУ, 2022. 232 с.

26. Мюльхайм Л. Расстройство пищевого поведения у подростков. Практические методы борьбы с анорексией, булимией и психогенным перееданием. Киев. : Диалектика, 2021. 192 с.
27. Орлова О. В. Психологические аспекты расстройства пищевого поведения // Акмеология. 2015. №3. С. 41–58.
28. Полушкина И. В. Статистические методы и математическое моделирование в психологии: учебно-методическое пособие. Тамбов: ТГУ им. Г. Р. Державина, 2020. 88 с.
29. Раевский А. А., Грехов В. А. Гендерная психология: учебное пособие. Волгоград: ВолгГМУ, 2024. 160с.
30. Скугаревский О. А. Нарушения пищевого поведения: монография. Минск: БГМУ, 2007. 340 с.
31. Смагина М. В. Научный взгляд: поиски, перспективы, признание: Материалы VII Всероссийской научно-практической конференции студентов, аспирантов и молодых ученых с международным участием. Ставрополь: СГПИ, 2017. 188 с.
32. Старшенбаум Г. В. Аддиктология. Психология и психотерапия зависимостей. М: Когито-Центр. 2006. 288 с.
33. Томашик Т. Е. Клиническая психология в психиатрии: учебное пособие. Гродно: ГрГМУ, 2018. 292 с.
34. Фейрберн К. Г. Как справиться с компульсивным перееданием. Как понять, почему вы переедаете, и перестать это делать. М. : Научный мир, 2021. 272 с.
35. Фролова Ю. Г. Психология здоровья: пособие. Минск: Вышэйшая школа, 2014. 255 с.
36. Шульц К. В. Психологические аспекты расстройств пищевого поведения //Межкультурная коммуникация в образовании и медицине № 4. 2021. С. 132–141.

Приложение А

Результаты методики «Голландский опросник пищевого поведения»

Таблица А.1 – Результаты методики «Голландский опросник пищевого поведения»

Испытуемый	Ограничительное пищевое поведение	Эмоциогенное пищевое поведение	Экстернальное пищевое поведение
Испытуемый 1	4,0	3,5	2,2
Испытуемый 2	3,6	4,1	2,0
Испытуемый 3	2,0	3,8	2,5
Испытуемый 4	1,8	2,5	3,2
Испытуемый 5	4,8	4,0	1,5
Испытуемый 6	1,2	4,5	2,7
Испытуемый 7	3,2	3,5	1,5
Испытуемый 8	4,0	1,7	2,3
Испытуемый 9	1,8	4,1	2,0
Испытуемый 10	3,3	2,5	1,5
Испытуемый 11	1,8	4,0	2,5
Испытуемый 12	2,5	2,0	2,8
Испытуемый 13	3,0	2,5	2,1
Испытуемый 14	2,2	1,9	1,5
Испытуемый 15	4,0	2,3	2,7
Испытуемый 16	2,5	2,4	2,5
Испытуемый 17	3,5	2,0	3,0
Испытуемый 18	1,9	3,0	3,1
Испытуемый 19	4,1	1,8	2,4
Испытуемый 20	3,0	2,0	2,5
Испытуемый 21	2,6	2,2	3,0
Испытуемый 22	3,0	2,7	2,4
Испытуемый 23	2,5	2,0	2,4
Испытуемый 24	2,2	1,5	2,5
Испытуемый 25	1,8	1,0	2,2
Испытуемый 26	1,0	1,5	2,0
Испытуемый 27	2,0	1,7	1,5
Испытуемый 28	2,1	1,2	2,1
Испытуемый 29	2,3	1,7	1,2
Испытуемый 30	2,0	1,2	1,5
Испытуемый 31	2,1	0,8	1,7
Испытуемый 32	0,8	1,5	1,5
Испытуемый 33	1,3	1,5	2,2
Испытуемый 34	2,0	1,7	2,0

Продолжение приложения А

Продолжение таблицы А.1

Испытуемый	Ограничительное пищевое поведение	Эмоциогенное пищевое поведение	Экстернальное пищевое поведение
Испытуемый 35	2,1	0,7	1,5
Испытуемый 36	2,2	1,3	1,2
Испытуемый 37	1,9	1,5	2,0
Испытуемый 38	2,0	1,4	2,4
Испытуемый 39	1,8	1,2	2,5
Испытуемый 40	1,2	0,7	2,0

Приложение Б

Результаты методики «Опросник образа собственного тела»

Таблица Б.1 – Результаты методики «Опросник образа собственного тела»

Испытуемый	Уровень удовлетворенности собственным телом
Испытуемый 1	23
Испытуемый 2	25
Испытуемый 3	18
Испытуемый 4	28
Испытуемый 5	30
Испытуемый 6	15
Испытуемый 7	30
Испытуемый 8	14
Испытуемый 9	16
Испытуемый 10	19
Испытуемый 11	22
Испытуемый 12	28
Испытуемый 13	17
Испытуемый 14	21
Испытуемый 15	20
Испытуемый 16	25
Испытуемый 17	19
Испытуемый 18	29
Испытуемый 19	30
Испытуемый 20	25
Испытуемый 21	38
Испытуемый 22	30
Испытуемый 23	32
Испытуемый 24	7
Испытуемый 25	8
Испытуемый 26	11
Испытуемый 27	5
Испытуемый 28	10
Испытуемый 29	7
Испытуемый 30	6
Испытуемый 31	8
Испытуемый 32	9
Испытуемый 33	11
Испытуемый 34	4
Испытуемый 35	3

Продолжение приложения Б

Продолжение таблицы Б.1

Испытуемый	Уровень удовлетворенности собственным телом
Испытуемый 36	5
Испытуемый 37	8
Испытуемый 38	10
Испытуемый 39	7
Испытуемый 40	3

Приложение В

Результаты методики «Опросник Шмишека»

Таблица В.1 – Результаты методики «Опросник Шмишека (Schmieschek Fragebogen)» среди респондентов

Испытуемый	Демонстративность	Застывание	Педантичность	Возбудимость	Гипертимность	Дистимность	Тревожность	Экзальтированность	Эмотивность	Циклотимность
Испытуемый 1	8	20	10	6	15	3	15	18	21	3
Испытуемый 2	6	10	14	9	9	12	15	18	18	18
Испытуемый 3	14	16	10	6	12	15	15	6	12	9
Испытуемый 4	22	14	12	9	21	12	15	18	15	6
Испытуемый 5	6	18	20	15	3	18	15	18	12	21
Испытуемый 6	4	20	16	6	12	18	21	12	15	12
Испытуемый 7	4	16	10	9	9	18	6	12	12	6
Испытуемый 8	16	18	14	12	3	15	12	18	15	12
Испытуемый 9	8	16	16	15	15	9	18	24	15	18
Испытуемый 10	12	18	14	15	9	15	12	15	18	12
Испытуемый 11	22	20	8	12	12	9	18	18	9	15
Испытуемый 12	12	14	10	6	15	9	15	12	18	6
Испытуемый 13	4	20	16	6	12	18	21	12	15	12

Продолжение приложения В

Продолжение таблицы В.1

Испытуемый	Демонстративность	Застывание	Педантичность	Возбудимость	Гипертичность	Дистимность	Тревожность	Экзальтированность	Эмотивность	Циклотимность
Испытуемый 14	7	16	16	15	15	9	18	24	15	18
Испытуемый 15	6	10	14	9	9	12	15	18	18	18
Испытуемый 16	8	20	10	6	15	3	15	18	21	3
Испытуемый 17	22	20	8	12	12	9	14	18	9	15
Испытуемый 18	12	14	10	6	15	9	16	12	18	6
Испытуемый 19	8	20	10	6	15	3	15	18	21	3
Испытуемый 20	4	20	16	6	12	18	21	12	15	12
Испытуемый 21	9	15	16	15	15	9	18	10	15	18
Испытуемый 22	8	20	10	6	15	3	15	18	21	3
Испытуемый 23	6	10	14	9	9	12	15	18	18	18
Испытуемый 24	12	10	4	6	21	9	9	12	18	9
Испытуемый 25	12	11	18	21	18	15	5	24	15	21
Испытуемый 26	6	8	22	0	17	12	10	18	11	9
Испытуемый 27	12	14	12	6	17	9	3	12	18	6
Испытуемый 28	6	8	22	0	20	12	10	19	12	9
Испытуемый 29	12	14	10	6	15	10	3	12	18	5

Продолжение приложения В

Продолжение таблицы В.1

Испытуемый	Демонстративность	Застывание	Педантичность	Возбудимость	Гипертимность	Дистимность	Тревожность	Экзальтированность	Эмотивность	Циклотимность
Испытуемый 30	12	12	18	21	18	14	6	24	21	20
Испытуемый 31	11	13	18	20	18	15	11	24	15	21
Испытуемый 32	6	8	20	0	19	12	10	18	12	8
Испытуемый 33	12	9	10	6	15	11	3	13	15	6
Испытуемый 34	6	8	22	0	19	12	12	17	12	9
Испытуемый 35	12	14	13	6	15	9	3	12	18	7
Испытуемый 36	13	14	18	21	18	15	5	24	20	20
Испытуемый 37	12	12	10	6	15	9	3	12	18	6
Испытуемый 38	6	8	22	0	21	12	11	15	12	8
Испытуемый 39	14	12	11	6	15	9	4	12	18	6
Испытуемый 40	12	10	18	21	19	15	15	24	13	21