

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 Исследование взаимосвязи личностной тревожности и нарушений пищевого поведения личности

Обучающийся

И.А. Гребенникова

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Научный
руководитель

канд. психол. наук, С.С. Белоусова

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

Тольятти 2025

Оглавление

Введение.....	3
Глава 1 Теоретический аспект изучения формирования личностной тревожности	9
1.1 Научные подходы к анализу проблемы тревожности в современной психологии	9
1.2 Характеристики нарушения пищевого поведения	24
1.3 Связь личностной тревожности и пищевого поведения как объект научного исследования	33
Глава 2 Эмпирическое исследование взаимосвязи личностной тревожности и нарушений пищевого поведения личности	39
2.1 Организация и методы эмпирического исследования	39
2.2 Анализ и интерпретация полученных результатов эмпирического исследования	41
2.3 Практические рекомендации по коррекции личностной тревожности у лиц с нарушениями пищевого поведения	54
Заключение.....	68
Список используемой литературы.....	71
Приложение А Протокол результатов диагностики респондентов	80

Введение

Актуальность исследования. На сегодняшний день внимание социума обращено не только на проблемы достижения его успешности, но и на психологическое и физиологическое здоровье людей, забота о которых прежде всего лежит в основе здорового образа жизни. Особое отношение современное общество обладает к вопросам правильного питания: согласно статистическим данным Аналитического центра «НАФИ», в 2023 году количество людей, предпочитающих правильное питание, достигло 43%, что почти вдвое больше, чем в 2020 году [20]. Данная статистическая особенность указывает на то, что каждый второй человек придерживается ценностного отношения к своему здоровью через отказ от вредных пищевых привычек. Однако, несмотря на увеличение актуальности и популяризацию пищевого здоровья, в обществе все еще остаются лица, испытывающие нарушения пищевого поведения, доля которых, согласно исследованиям В.В. Суворовой, составляет 3,7% [60].

Нарушения пищевого поведения играют значимую роль в жизни человека, влияя на его физическое и психическое состояние, а также на качество его жизни в связи с его разрушительным действием на физическое и психическое здоровье человека. Нарушения пищевого поведения могут привести к серьезным проблемам со здоровьем, таким как недостаток питательных веществ, ослабление иммунной системы, нарушения работы внутренних органов и летальный исход. Лечебно-реабилитационным научным центром «Феникс» отмечается, что «40% лиц с нарушениями пищевого поведения участвуют в преднамеренном, несуицидальном, самоповреждающем поведении, причина которого может быть высокая личностная тревожность, которая так же может быть фактором возникновения нарушения пищевого поведения» [54].

Современная психокоррекционная практика нарушений пищевого поведения в одной из своих задач по работе с клиентами, имеющими данные

проблемы, ставит диагностику и коррекцию личностной тревожности в случае ее обнаружения, так как при ее наличии успешная коррекция пищевого поведения невозможна. Такой подход напрямую говорит о необходимости углубленного изучения взаимосвязи тревожности и нарушений пищевого поведения.

Личностные особенности человека с нарушениями пищевого поведения раскрываются в работах Р.В. Овчаровой, Е.А. Петровой, А.В. Сидорова, О.А. Скугаревского, О.К. Труфановой, В.В. Ромацкого и другие.

Психические особенности формирования и проявления нарушениями пищевого поведения исследовались такими учеными, как В.А. Коньшев, И.М. Кузьмина, И.Г. Малкина-Пых, Н.О. Николаева, Г.Л. Парфенова, Е.А. Петрова.

Вопросами проявления тревожности у лиц с нарушениями пищевого поведения занимались такие исследователи, как И.М. Кузьмина, М.В. Ляпина, А.А. Макаренко, Л.А. Проскурякова, И.А. Симченко, А.А. Ярмонова.

Различные методы коррекции тревожности у лиц с нарушениями пищевого поведения предлагаются Т.Г. Гадельшиной, Е.Ю. Гараниной, А.Ф. Завалко, Е.В. Павловской, Е.Я. Поляковой и другие.

Существует проблема малоизученности феномена взаимосвязи тревожности и нарушений пищевого поведения. Имеющиеся данные и знания представляют собой разрозненную базу эмпирических результатов, которые получены в результате раскрытия других феноменов и явлений. Данное явление резко конфликтует с задачей психотерапии нарушений, состоящей из коррекции личностной тревожности человека: коррекция может реализовываться с неверно подобранными методами в связи с отсутствием глубокого понимания психотерапевтами явления связи личностной тревожности и нарушений пищевого поведения.

Вместе с тем, углубленное изучение связи личностной тревожности и нарушений пищевого поведения позволит рационально и оптимально подбирать методы и методики психокоррекции нарушений у лиц с учетом особенностей проявления тревожности для каждой формы нарушений пищевого поведения.

Цель исследования: установить особенности взаимосвязи тревожности и нарушений пищевого поведения.

Объект исследования: нарушения пищевого поведения.

Предмет исследования: взаимосвязь тревожности и нарушений пищевого поведения.

Гипотеза исследования. Существует связь между нарушением пищевого поведения и личностной тревожностью: лица, характеризующиеся нарушением пищевого поведения, испытывают высокий уровень личностной тревожности, в отличие от лиц, для которых не характерны нарушения пищевого поведения.

Частные гипотезы:

- существует возрастной фактор возникновения нарушений пищевого поведения – женщины в возрасте 25-35 лет сталкиваются с нарушениями пищевого поведения чаще, чем женщины 35-40 лет;
- существует разница между уровнем личностной тревожности и нарушениями пищевого поведения у женщин в возрасте 25-40 лет, характеризующихся удовлетворенностью и неудовлетворенностью своим питанием.

Задачи исследования:

- раскрыть психологические особенности формирования и проявления нарушений пищевого поведения;
- изучить психологический портрет человека с нарушениями пищевого поведения в научной литературе;
- рассмотреть связь тревожности и нарушений пищевого поведения как объект научного исследования;

- организовать и интерпретировать эмпирическое исследование взаимосвязи тревожности и нарушений пищевого поведения;
- разработать психологическую коррекционную программу по работе с тревожными лицами, имеющими нарушения пищевого поведения.

Методологическая база исследования:

- научные представления о психологических особенностях нарушений пищевого поведения (С.П. Кошевникова, И.Г. Малкина-Пых, В.В. Марилов, Р.В. Овчарова, Е.А. Петрова и др.);
- исследования, раскрывающие связь личностной тревожности и нарушений пищевого поведения (К.Э. Алексеева, И.М. Кузьмина, А.А. Макаренко, Л.А. Проскурякова, А.В. Чанова и др.).

Методы и методики исследования:

- теоретические методы (анализ, синтез, обобщение, постановка проблемы, разработка гипотезы);
- эмпирические (тестирование, письменный опрос);
- методы математико-статистической обработки данных (U-критерий Манна-Уитни, коэффициент корреляции Спирмена в программе «Excel»);
- интерпретационные методы.

Методики исследования:

- социально-демографическая анкета;
- Опросник пищевых предпочтений, EAT-26 (автор Д. Гарнер, в адаптации О.А. Скугаревского);
- Шкала оценки пищевого поведения, EDI (автор Д. Гарнер, в адаптации О.А. Скугаревского);
- Шкала личностной тревожности Спилбергера-Ханина (автор Ч. Спилбергер, в адаптации Ю.Л. Ханиной).

Эмпирической базой исследования является Институт дополнительного образования Томского государственного университета. В исследовании приняли участие 50 женщин в возрасте от 25 до 40 лет.

Научная достоверность исследования обеспечивались:

- использованием комплекса современных теоретических методов, адекватных объекту, предмету, целям и задачам диссертации, природе изучаемого явления;
- репрезентативностью источниковой базы исследования;
- применением комплекса теоретических и эмпирических методов;
- адекватностью применяемых диагностических методик, репрезентативностью выборки;
- математико-статистической обработкой материалов исследования.

Новизна темы исследования:

- представлены основные подходы к изучению психологических и личностных особенностей, в частности тревожности как личностного свойства, у лиц с нарушениями пищевого поведения;
- получение новых эмпирических данных о связи личностной тревожности и нарушений пищевого поведения через определение степени удовлетворенностью своим телом;
- разработана психологическая коррекционная программа работы с тревожными лицами, имеющими нарушения пищевого поведения.

Теоретическая значимость исследования: определены и описаны особенности связи нарушений пищевого поведения на уровень личностной тревожности. Систематизированы психологические методы и приемы коррекции личностной тревожности у лиц с нарушениями пищевого поведения.

Практическая значимость исследования: результаты исследования могут быть использованы практическими психологами в рамках сопровождения лиц с нарушениями пищевого поведения, обладающих высокой тревожностью. Разработанная психологическая коррекционная программа работы с тревожными лицами, имеющими нарушения пищевого поведения, может быть использована в психологических центрах и кабинетах психологической помощи.

Положения, выносимые на защиту:

- результаты эмпирического исследования, а именно существование взаимосвязи между нарушением пищевого поведения и личностной тревожности у женщин в возрасте 25-40 лет;
- в рамках исследования установлено, что неудовлетворенность своим телом у женщин в возрасте 25-40 лет способствует развитию личностной тревожности и, впоследствии, нарушений пищевого поведения;
- выявлено, что женщины с разным уровнем удовлетворенности своим питанием обладают выраженной разницей в проявлении личностной тревожности, недоверии в отношениях, неэффективности, неудовлетворенности телом и булимии;
- разработана программа, направленная на снижение значимости диет и «запрещенных» продуктов в жизни человека, а также на уменьшение их роли в возникновении тревоги.

Структура магистерской диссертации. Работа состоит из введения, 2 глав (разделов), заключения, содержит 4 рисунка, 6 таблиц, список использованной литературы (80 источников), 1 приложение. Основной текст работы изложен на 70 страницах.

Глава 1 Теоретический аспект изучения формирования личностной тревожности

1.1 Научные подходы к анализу проблемы тревожности в современной психологии

Личностная тревожность является одной из главнейших исследовательских проблем в современной психологии в связи с ее губительным воздействием на личность и социальную адаптацию человека. Глобально под личностной тревожностью принято понимать наличие у человека не прекращающего чувства тревоги, которое может усиливаться по любой причине, от самой несущественной до действительно опасной. В число наиболее частых причин возникновения постоянного чувства тревоги принято вносить нервное истощение, психотравмы (в частности детские), кризисные состояния и т.д. Несмотря на это, в современной психологии все еще остаются вопросы касательно причин возникновения или переживания чувства тревоги человеком на уровне личности, что диктует необходимость в первую очередь рассмотреть различные научные подходы к изучению личностной тревожности.

Наиболее актуальным подходом в вопросах изучения личностной тревожности является психоаналитический подход. Данный подход основывается на попытках изучить личностную тревожность через глубокий анализ эмоций и переживания человека. Такой подход рассматривает личностную тревожность как приобретенное состояние, которое получено в ходе переживания различных событий, чувств, травмирующих эмоций.

Стоит отметить, что личностная тревожность изначально в психологии рассматривалась как врожденное свойство, которое должно изучаться и исправляться в рамках психиатрической деятельности, способной, по мнению ученых, скорректировать, но не убрать личностную тревожность из жизни человека.

Впервые в рамках психоаналитического подхода о личностной тревожности заговорил З. Фрейд. В понимании автора, личностная тревожность является врожденным защитным механизмом человека, который нацелен на отделение личности человека от психотравмирующих воспоминаний и эмоций [31]. Главным инструментом защиты в данном случае по мнению Фрейда выступает вытеснение этих самых воспоминаний, однако сегодня нет доказательной базы к теории о связи личностной тревожности с защитной системой психики человека.

А. Адлер, создатель системы индивидуальных типологий, в ходе своих многочисленных исследований тревожных людей, установил, что «естественного, логического развития индивидуума, сравнительно не активного, стремящегося к превосходству и имеющего задержку социального интереса» [1]. С данной точки зрения фундаментом для формирования личностной тревожности является фрустрация – невозможность достижения поставленных целей в связи с отсутствием необходимых условий и способностей. Такая позиция предполагает, что человек складывает свое поведение и строит личность исключительно на потребности достижения успеха. В случае, если потребность не закрывается (даже если речь идет о потребностях детства) человек испытывает острую тревогу, перерастающую в итоге в личностную тревожность [9]. Данный взгляд на личностную тревожность поддерживается рядом специалистов и исследователей по сей день, однако в связи с расширением базы знаний о личностной тревожности эта позиция все чаще подвергается сомнениям.

Исследователь К. Хорни в своей работе в изучении влияния социальной среды на личность человека так же пришла к определенным выводам относительно личностной тревожности и путей ее формирования. Ее работы легли в основу психодинамического подхода, который акцентирует внимание на родстве страха и личностной тревожности человека. Если изначально данная позиция активно поддерживалась, то вскоре страх и личностную тревожность отделили по разным

психологическим «ветвям»: страх признали реакцией организма на опасный раздражитель, а тревожность – реакцией на воображаемую опасность [68].

Другой исследователь К.Е. Изард предложил дифференциально-эмоциональный подход к изучению личности, включая и личностной тревожности. Его подход принципиально отличается от традиционного понимания тревожности как отдельного, изолированного признака. К.Е. Изард рассматривает тревожность как сложное, многогранное явление, тесно связанное с другими эмоциями. К.Е. Изард отрицает идею о единой, недифференцированной личностной тревожности. Он считает, что тревожность представляет собой совокупность различных эмоциональных состояний, каждое из которых имеет свои специфические физиологические, когнитивные и поведенческие проявления. Эти состояния могут включать страх, беспокойство, нервозность, угнетенность, отчаяние и др. Разные люди могут испытывать тревогу в различных формах, в зависимости от индивидуальных особенностей и обстоятельств [29].

Рассматривая личностную тревожность, так же стоит отделить понятие тревожности и тревоги, которые в современном мире все чаще используют как синонимы. Тревога с точки зрения психологии подразумевает под собой коротковременную реакцию на происходящее в настоящее время, с отсутствием долговременных последствий. Тревога разделяется на два вида:

- конструктивная;
- деструктивная.

Конструктивная тревожность – это состояние тревоги, которое, вместо того чтобы быть деструктивным и парализующим, служит положительным катализатором для личности. Она не подавляет деятельность, а наоборот, мотивирует к действию, побуждая к решению проблемы и достижению цели. Ключевое отличие от деструктивной тревоги – в ее управляемости и продуктивности. Конструктивная тревога направлена на поиск решений и преодоление трудности. Вместо сосредоточения на самих чувствах тревоги,

внимание сосредотачивается на действиях, которые помогут справиться с ситуацией.

В отличие от конструктивной тревоги, деструктивная обладает более разрушающим «вредным» характером. Деструктивная тревога – это состояние сильного и длительного беспокойства, которое негативно влияет на психическое и физическое здоровье человека, мешая его нормальной жизни и деятельности. Деструктивная тревога часто сопровождается выраженными физическими симптомами: тахикардией, повышенным артериальным давлением, головными болями, расстройствами сна, нарушениями пищеварения и др. При деструктивной тревоге человек может избегать ситуаций, вызывающих тревогу, или прибегать к непродуктивным способам ее смягчения (например, злоупотребление алкоголем или другими веществами).

Соотнося оба вида тревоги и личностную тревожность, можно прийти к выводу, что личностная тревожность является именно деструктивным явлением – она продолжительная, непрерывная, необоснованная. В случае отсутствия психологической коррекции, это свойство может стать причиной возникновения серьезных психических последствий в виде разрушающих изменений личности.

Ч.Д. Спирбергер так же рассматривал тревогу и тревожность как два разных понятия, несмотря на то, что длительное время встречал сомнения со стороны своих коллег. Автор описывает тревогу следующим определением: «состояние повышенной эмоциональности, связанное с беспокойством, напряжением, активации нервной системы» [61]. Тревожность же, с точки зрения ученого, это свойство личности, которое предполагает частые переживания по обоснованным и необоснованным причинам.

Существует позиция, рассматривающая личностную тревожность как нормальное естественное явление, сформированное на основе темпераментных свойств человека. Е.И. Рогов в своей работе утверждает, что личностная тревожность является не столько деструктивным, сколько

конструктивным полезным явлением в связи со следующим убеждением: тревога есть нормальная реакция человека на негативные события, способствующей решению проблемы или поиску пути избегания последствий для здоровья [51].

Личностная тревожность, как и любое психическое явление, проявляется через определенные «симптомы»:

- постоянное ожидание худшего, катастрофизация событий, склонность к пессимизму;
- строгая самооценка, фокус на недостатках, низкая самооценка;
- чрезмерное внимание к собственным действиям и внешнему виду, страх негативной оценки со стороны окружающих;
- трудности с фокусировкой на задаче из-за постоянного беспокойства;
- постоянное обдумывание одних и тех же проблем и тревожных мыслей;
- склонность брать на себя слишком много ответственности, чувствовать вину за все, что происходит;
- появление навязчивых, неприятных мыслей, которые сложно контролировать;
- нервозность и раздражительность;
- страх и паника;
- беспомощность и безнадежность;
- чувство стыда и вины.

А.В. Петровский в своей работе использует подход индивидуализации в отношении изучения личностной тревожности. В понимании автора, тревожность является индивидуальной чертой каждого человека, уровень развития которой предполагает чувствительность каждого человека к вероятному возникновению тревоги. Вместе с тем автор отмечает, что высокий уровень тревожности характерен только личностям с глубокими психическими проблемами или соматическими заболеваниями,

способствующими развитию нервного истощения, потери интереса к жизни и т.д. [49].

Особое отношение к личностной тревожности наблюдается в пространстве психофизиологии в связи с высоким влиянием личности не только на психику, но и на физическое самочувствие человека. Представители психофизиологии под личностной тревожностью понимают следующее явление: «это индивидуальная реакция человека на ту степень опасности, которую он видит в той или иной ситуации, в том или ином явлении» [3]. Оценка опасности в свою очередь происходит через призму пережитого опыта, мышления или чувств.

Таким образом, исходя из всего выше представленного, можно сделать вывод, что личностная тревожность – это свойство личности, сформированное на основе полученного опыта, побудившего человека испытать глубокую длительную тревогу. Главное качество личностной тревожности человека заключается в том, что она постоянная, изматывающая и возникает в ответ на любой стимул вне зависимости от степени его опасности для жизни и психики человека.

Как уже было отмечено ранее, тревожность нередко рассматривают как свойство, возникающее по причине наличия у человека определенных темпераментных черт. Д.Н. Узнадзе приводит примеры типом темпераментов, которым наиболее свойственна постоянная тревожность [30]:

- меланхолический тип: люди с меланхолическим темпераментом характеризуются повышенной чувствительностью, склонностью к переживаниям, интровертированностью и тенденцией к самоанализу. Эти качества создают благоприятную почву для развития тревоги;
- флегматический тип: хотя флегматики кажутся внешне спокойными и уравновешенными, внутри они могут испытывать скрытую тревогу. Их склонность к замедленности и нерешительности может быть связана с боязнью ошибиться или не справиться с задачей. Внутренняя тревога может проявляться в виде избегания новых ситуаций и

стремления к стабильности и предсказуемости. Однако, внешне эта тревога может быть менее заметна, чем у меланхоликов.

Важно отметить, что, несмотря на предрасположенность меланхоликов и флегматиков к личностной тревожности, люди с данными типами темперамента могут не испытывать личностной тревожности, в то время как сангвиники и холерики, напротив, могут столкнуться с этой проблемой. Причина заключается в том, что возникновение личностной тревожности зависит не только от темпераментных черт, сколько от иных внешних факторов.

Последствия длительной личностной тревожности могут проявляться не только в психике и личности человека, но и на его физиологии. Одно из самых распространенных проблем физиологического характера является ухудшение состояния сердечно-сосудистой системы. Так, у школьников, согласно исследованию А.М. Прихожан, высокое проявление личностной тревожности вызывает нарушение, а именно вегетативно-сосудистую дистонию [47]. А.В. Соловьева так же подтвердила данный вывод, так же сделав акцент на том, что следующим по степени проявления нарушением является невротические отклонения, тахикардия, тремор [56].

Некоторые соматические симптомы личностной тревожности могут рассматриваться как способы сигнала или борьбы со стрессом, а не его последствия. Одним из таких явлений считается «заедание» стресса: люди, испытывающие высокий уровень стресса, ощущают необоснованную потребность в переедании, насыщении пищей, даже несмотря на отсутствие чувства голода. Важно отметить, что возникновение таких симптомов тоже является специфичным и небеспричинным. Так, С. Сол пришел к выводу, что женщины, страдающие ожирением и «заедающие» стресс, часто являются детьми гиперопекающих матерей. Именно родитель в данном случае является отправной точкой к возникновению личностной тревожности [39].

Не менее важным явлением считается связь личностной тревожности с расстройством желудочно-кишечного тракта. М. Вольф в ходе своих

исследований путем экспериментальной работы отметил, что обсуждение тревожных тем с людьми с язвенной болезнью желудка приводит к изменению в работе их желудка. Это еще раз доказывает высокое влияние личностной тревожности как на отдельно ЖКТ человека, так и на все иные системы органов.

Личностная тревожность с точки зрения ряда исследователей так же рассматривается с положительной позиции в связи с его «позитивной» защитной функцией – так, тревожность возникает в том случае, когда над человеком нависает опасность, как психологическая, так и физическая. Р. Эпштейн пишет: «личность, имеющая высокое уважение собственного Я, менее подвержена развитию личностной тревожности, более счастлива и удовлетворена окружающим миром, в то время как человек с низким уровнем уважения собственного Я склонен к личностной тревожности, часто испытывает страх и иные негативные чувства» [4].

Существует так же бихевиористский взгляд на личностную тревожность. Представители данного взгляда склонны считать, что личностная тревожность тесно связана с фобиями, а именно наличие фобии, сформированной после столкновения с определенными опасными ситуациями, становится следствием непроработанной и невысказанной ранее накопленной личностной тревожностью.

Личностная тревожность обладает рядом связей с другими сферами человека, в частности с мотивационной. Данную связь можно наблюдать при работе со студентами и учениками. И.В. Заусенко, организовавший исследование личностной тревожности у студентов, пришел к выводу, что личностная тревожность у студентов становится барьером для коммуникации студента с окружающими людьми, включая преподавательский состав. Это в свою очередь создает помехи для учебной успеваемости и, как следствие, общей мотивации к ней. Вместе с тем автор исследования отметил, что студент, который обладает личностной тревожностью, чаще всего старается

избегать неудачи, используя это неосознанно как мотив к учебным действиям [17].

Особое проявление наблюдается у личностной тревожности у пожилых людей, в частности в причинах формирования тревожности – в данный возрастной период именно чувство одиночества вызывает постоянную тревогу в связи с ощущением приближающейся смерти. Подобную тенденцию можно наблюдать на примере пожилых людей, проживающих в домах для престарелых. Одиночество и ограничение в пространстве, недостаток в коммуникации приводит пожилого человека к глубокому ощущению собственной ненужности и забытости, что при отсутствии коррекции грозит преобразиться в личностную тревожность [50].

Как уже было отмечено ранее, личностная тревожность не всегда рассматривается с отрицательной позиции. Т.М. Маслова, рассматривая личностную тревожность у своих студентов, отметила, что 93% студентов обладают высоким уровнем личностной тревожности и 70% из них характеризуются высокой стрессоустойчивостью. Это позволяет предполагать, что высокая тревожность положительно сказывается на формировании определенных личностных свойств, в данном случае стрессоустойчивости [36]. Можно предположить, что существует и высокая связь между особенностями темперамента и личностной тревожностью: так, студенты-меланхолики, более склонны к тревожности, что сильно проявляется в период учебного процесса.

Исходя из всего выше изложенного, можно утверждать, что единого подхода к изучению личностной тревожности не существует. С каждым годом исследовательская база в данном вопросе расширяется все сильнее, что можно считать и положительным, и отрицательным явлением в связи с разрозненностью накапливающихся данных.

Существует несколько систем классификации личностной тревожности, основанных на форме проявления, причин формирования тревожности. Одним из основоположников первой классификации

тревожности является З. Фрейд, предложивший следующую типологию данного явления:

- «объективная тревожность, связанная с настоящей опасностью извне;
- невротическая тревожность, источник которой – неопределенная и неизвестная угроза;
- моральная тревожность («тревожность совести»)» [65].

Впервые о тревожности З. Фрейд заговорил с позиции изучения невротической и объективной тревожности. С точки зрения ученого, невротическая тревожность основывается на «внутренней опасности, а не внешней, и в том, что она сознательно не признается» [65]. Объективная тревожность в свою очередь основывается на здоровой оценке человеком ситуации и опасности с последующей оптимальной реакцией на происходящее.

Важно отметить, что предрасположенность к личностной тревожности закладывается с раннего детства в результате множества сопутствующих внешних факторов деструктивного характера: деструктивный стиль воспитания родителей, обесценивание близкими, психотравмы и т.д. [59]. Несмотря на это, на любом из возрастных этапов может произойти формирование тревожности, однако с каждым возрастным этапом число факторов формирования увеличивается.

Сегодня существует множество методов и методик для определения выраженности личностной тревожности на любом из возрастных этапов. Наиболее актуальными и часто используемыми методами являются следующие:

- «Шкала проявления тревоги Тейлор», автор Дж. Тейлор, 1953 г;
- «Шкала тревоги Спилбергера-Ханина», автор Ч. Спилбергер, адаптация Ю.Л. Ханин, 1978 г;
- «Шкала тревоги Бека», автор А. Бека, 1988 г.

Каждая из методик предполагает выявление низкого, среднего или высокого уровня тревожности. Низкие и средние показатели, как правило, являются норматипичными и не нуждаются в острой психологической коррекции, в то время как высокие показатели являются серьезным «дефектом» и могут привести к личностным и психическим проблемам.

Классификация Е.В. Новиковой и Б.И Кочубей включает в себя три вида тревожности:

- деструктивная;
- недостаточная;
- конструктивная [27].

Деструктивная тревожность – чрезмерный, непропорциональный и неконтролируемый уровень тревоги, который парализует человека и мешает нормальной жизни. В число проявления входят: панические атаки, постоянное чувство беспокойства, страхи, фобии, бессонница, раздражительность, снижение концентрации внимания, избегание ситуаций, вызывающих тревогу.

Недостаточная тревожность – отсутствие или крайне низкий уровень тревоги, даже в ситуациях, представляющих реальную опасность. Это состояние может быть опасным, поскольку человек не замечает или игнорирует потенциальные угрозы. Проявление происходит через беспечность, рискованное поведение, недостаточная осторожность, пренебрежение правилами безопасности, отсутствие реакции на предупреждения об опасности.

Конструктивная тревожность – умеренный уровень тревоги, который мобилизует человека на действия и способствует достижению целей. Она подобна здоровому напряжению, которое помогает сосредоточиться, быть внимательным и продуктивным. Проявление данного вида происходит через чувство лёгкого беспокойства или волнения перед важным событием (экзамен, выступление), повышенная внимательность к деталям, повышенная

работоспособность, чёткое планирование и организация действий. После завершения задачи, уровень тревоги снижается.

А.М. Прихожан предложил систему классификации источников личностной тревожности, в число которых вошли:

- самооценочные источники (низкая самооценка, неадекватные самопредставления, неуверенность в себе, перфекционизм);
- межличностные источники (страх отвержения, проблемы в межличностных отношениях, зависимость от одобрения окружающих, трудности в коммуникации);
- учебные источники (академическая неуспеваемость, страх публичных выступлений, конкретная неадекватная среда) [47].

Важно отметить, что эти источники часто переплетаются и влияют друг на друга. Например, низкая самооценка (самооценочный источник) может привести к трудностям в общении (межличностный источник) и, как следствие, к неуспеваемости (учебный источник). Поэтому комплексный подход к пониманию и решению проблемы личностной тревожности наиболее эффективен.

Всплеск личностной тревожности предполагает состояние переживания тревоги. В число таких состояний входят адекватная и неадекватная. Адекватная тревога возникает в ответ на объективно существующую опасность или потенциальную угрозу. Интенсивность тревоги соответствует уровню реальной опасности. Тревога достаточно сильна, чтобы мобилизовать человека на эффективное действие (подготовка к выступлению, усиленная подготовка к экзамену, осторожность при встрече с животным), но не парализует его.

Неадекватная тревога сохраняется длительное время, даже после того, как угроза миновала или ситуация разрешилась. Интенсивность такой тревоги значительно превышает уровень реальной опасности или возникает без видимой причины. Например, человек испытывает паническую атаку перед незначительным событием, или сильную тревогу в безопасной

ситуации. Классификация такой тревоги подразумевает под собой следующие виды [7]:

- генерализированное тревожное расстройство (далее – ГТР) – психическое расстройство, характеризующееся чрезмерной и неконтролируемой тревогой и беспокойством по поводу множества событий и ситуаций, которые сохраняются в течение длительного времени (как минимум 6 месяцев). В отличие от фобий, где тревога связана с конкретным объектом или ситуацией, при ГТР тревога является более диффузной и распространенной. Человек с ГТР постоянно беспокоится о различных аспектах своей жизни, часто без явной причины или с преувеличением потенциальной опасности;
- паническое расстройство – расстройство, характеризующееся неожиданными приступами интенсивного страха или дискомфорта, называемыми паническими атаками. Эти атаки сопровождаются рядом физических и психологических симптомов, которые развиваются внезапно и достигают пика в течение нескольких минут;
- социальное тревожное расстройство – «социальная фобия», страх, который не является просто застенчивостью или неуверенностью в себе; он значительно влияет на повседневную жизнь и вызывает значительные страдания;
- фобические расстройства – это группа психических расстройств, характеризующихся интенсивным, иррациональным и постоянным страхом перед специфическим объектом, ситуацией или деятельностью. Этот страх настолько силен, что вызывает значительное беспокойство и избегание. Человек с фобическим расстройством понимает, что его страх неразумен, но не может контролировать свои реакции;
- посттравматическое стрессовое расстройство или ПТСР – которое может развиваться после того, как человек пережил или стал свидетелем травмирующего события. Это событие может быть различным: насилие

(физическое, сексуальное), катастрофа (землетрясение, наводнение, пожар), война, серьезная авария, смерть близкого человека, террористический акт и т.д. Ключевой момент – событие должно представлять угрозу жизни или целостности личности, вызывая интенсивный страх, ужас или чувство беспомощности.

Развитие тревоги происходит по уровневой системе, и на каждом из уровней проявление тревоги через тревожность обладает своими характеристиками:

- первый уровень тревоги – нормальное беспокойство/тревога: Это естественная человеческая реакция на стресс, вызовы и неопределенность;
- второй уровень тревоги – уровень беспокойства выше нормы, но все еще управляемый. Человек испытывает напряжение, беспокойство, но может выполнять свои повседневные обязанности;
- третий уровень – беспокойство становится более значительным и начинает мешать повседневной жизни. Человек испытывает трудности с концентрацией, снижается работоспособность, физические симптомы более выражены;
- четвертый уровень – состояние, требующее профессиональной помощи. Беспокойство подавляет большинство аспектов жизни;
- пятый уровень – характеризуется повторяющимися паническими атаками – внезапными приступами интенсивного страха, сопровождающимися сильными физическими симптомами.

Несмотря на то, что личностная тревожность деструктивна по сравнению с ситуативной тревожностью, на самом деле длительное воздействие ситуативной тревожности может способствовать формированию личностной тревожности человека [66]. В психологии данная особенность описывается законом Йеркса-Додсона (см. рисунок 1).

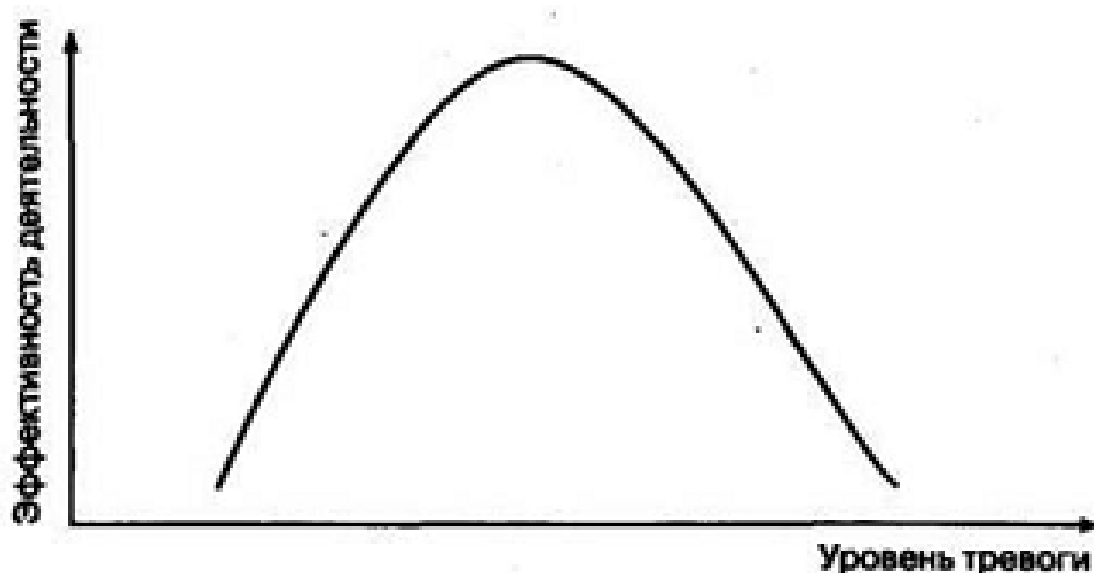


Рисунок 1 – Закон Йеркса-Додсона

Согласно закону Йеркса-Додсона, существует связь между тревожностью и производительностью (эффективность деятельности). Он гласит, что производительность оптимальна при умеренном уровне тревожности. Слишком низкий или слишком высокий уровень возбуждения ведут к снижению производительности. Однако, если уровень тревожности слишком высок (сильный страх, паника), он мешает концентрации, затрудняет принятие решений и снижает качество работы.

Личностная тревожность также тесно связана с когнитивными процессами, такими как внимание, восприятие и память. Люди с высокой тревожностью склонны фокусироваться на негативных аспектах ситуации и предсказывать неблагоприятные исходы, что может усиливать их беспокойство. Это когнитивное искажение может приводить к тому, что они начинают избегать определённых ситуаций или действий, которые, как им кажется, могут вызвать тревогу. В контексте пищевого поведения это может проявляться в избегании определённых продуктов или ситуаций, связанных с едой, что, в свою очередь, может способствовать развитию расстройств пищевого поведения.

Исходя из всего выше изложенного, можно утверждать, что личностную тревожность нельзя назвать сугубо положительным или отрицательным явлением. Сегодня существует ряд классификаций личностной тревожности, факторов ее формирования. На каждом возрастном этапе личностная тревожность обладает рядом своих особенностей.

1.2 Характеристики нарушения пищевого поведения

Говоря о нарушениях пищевого поведения, необходимо раскрыть термин «пищевое поведение» в современной психологии. Пищевое поведение в первую очередь построено на биологической потребности человека в еде для восполнения своей энергии, однако в основу поведения входят не столько естественные потребности, сколько особенности пищевого опыта, отношения к пище, внутренних установок и мышления [26]. В.Д. Менделеевич считает, что пищевое поведение – структура, состоящая из автоматизмов, эмоций и привычек, связанных непосредственно с едой [76]. Помимо биологических потребностей, пищевое поведение так же закрывает функции эмоциональных и психологических сфер личности человека [10]. Это говорит о том, что пищевое поведение нельзя рассматривать сугубо с биологической точки зрения, а его нарушения могут иметь психологическую природу, а не физиологическую.

В современной психологии под нарушением пищевого поведения принято понимать нарушения приема пищи и/или связанными с этим навязчивыми мыслями и поведением по причине нарушений психоэмоционального состояния. Как правило, такое состояние при длительном воздействии приводит к изменениям в личности и трудностям во взаимодействии с окружающим миром. Особое место в процессе формирования нарушений пищевого поведения занимают мотивационная сфера человека, самооценочная реакция и отношение к окружающим людям [11, 15]. Если говорить о личностных сферах человека, как «предикторах

возникновения нарушений пищевого поведения, то стоит выделить самооценку и самокритичность – именно они, как показывают исследователи Риссиарделли и Макабе, оказывают значимое влияние на пищевое поведение человека» [5, 12].

Классификация нарушений пищевого поведения включает в себя такие виды нарушений, которые, в отличие от расстройств, не обязательно ведут к психическим отклонениям в личности человека. Термины «нарушения пищевого поведения» и «расстройства пищевого поведения» часто используются как взаимозаменяемые, но между ними есть важное различие: нарушения – это те отклонения от нормы, которые, как правило, не выходят за рамки изменений обычных пищевых привычек, в то время как расстройство – это серьезные психические заболевания, которые характеризуются стойкими нарушениями пищевого поведения, вызывающие значительные проблемы со здоровьем [35, 43]. Таким образом, можно говорить о следующих видах нарушений пищевого поведения:

- переедание – употребление большого количества пищи за короткий промежуток времени;
- диетическое ограничение – чрезмерное ограничение потребления калорий или определенных групп продуктов;
- эмоциональное питание – использование еды для регуляции эмоций, например, для успокоения или борьбы с грустью;
- неправильное питание – употребление пищи в нерегулярное время, пропуск приемов пищи или употребление некачественных продуктов [40].

Г.Л. Парфенова и Д.Н. Ляшенко дополняют данную классификацию следующими видами нарушений [44]:

- нервная орторексия – маниакальное избегание потенциально вредной пищи;
- избирательное питание – ограничение в пище в связи с чувствительностью и избирательностью к вкусовым качествам еды;

– прегорексия – строгое соблюдение диет в сочетании с физическими нагрузками в связи с профессиональной деятельностью человека или состоянием его здоровья (беременность, аллергии и др.).

Помимо выше представленных видов нарушений пищевого поведения так же выделяют «Синдром ночной еды», который впервые был описан Альбертом Дж Стункадом. Главной отличительной особенностью данного вида нарушения является неподконтрольное поедание пищи в ночное время, вместо сна, с 20.00 до 06.00. Особенно важным является тот факт, что именно в этот временной промежуток люди, столкнувшиеся с синдромом, поглощают больше половины суточных калорий, что приводит к последующему дневному голоданию [58].

Нарушения пищевого поведения, как и всякое изменение в личностной структуре, происходит по ряду причин. Наиболее часто встречаемой причиной является переживаемый человеком стресс, для преодоления которого человек вынужден прибегать к определенной копинг-стратегии. Согласно исследованиям Дж. Митчела и Е. Пини, лица, обладающие нарушениями пищевого поведения, прибегают к эмоциональным и чаще всего неконструктивным копинг-стратегиям. Наиболее характерной стратегией является избегание, когда человек для блокирования чувств использует еду как способ забывания проблемы. Так же характерной стратегией для лиц с нарушениями является принятие ответственности и самоконтроля, однако их проявление в данном случае имеет больше негативный характер – человек предпринимает попытки подавить свои эмоции для удержания контроля ситуации, что в свою очередь вызывает трудности в оценки происходящего и отказ от принятия помощи окружающих [37, 77, 79]. В результате выбранная стратегия ведет к увеличению стресса и все большему заеданию, как средства избегания стрессовой ситуации.

Ряд исследователей рассматривают нарушение пищевого поведения как самостоятельную стратегию совладания со стрессом. Б.М. Коган и

Л. Макнейл, рассматривая переедание, пришли к выводу, что данное явление представляет собой механизм защиты с переживаниями, вызывающие негативный опыт. Процесс данного механизма заключается в том, что эмоции, которые испытывает человек, приводит к ускорению компульсивного переедания. Поднимающийся уровень стресса в свою очередь приводит к ночному приему пищи как способу совладания с этим стрессом [24, 75].

Исследователи Дж. Пейтон, Р. Селзер и Ц. Коффи в ходе своей экспериментальной работы установили, что в качестве причин возникновения нарушения пищевого поведения могут выступать поведенческие и личностные характеристики. Так, авторам удалось доказать, что среди лиц с нарушениями пищевого поведения наиболее актуальными характеристиками является перфекционизм, низкая удовлетворенность своим телом, высокая чувствительность [78]. Более того, эмпирически утверждено, что наиболее подверженными нарушениям пищевого поведения являются женщины, подростки в возрасте от 12 до 18 лет и жители западных стран [58].

В число поведенческих причин возникновения нарушений пищевого поведения можно отнести аскетизм и гедонизм, как ограничение и изобилие в еде соответственно [21]. Человек, придерживающийся идеи ограничения в еде в угоду религиозным или иным духовным целям, самостоятельно изменяет свое пищевое поведение, которое можно трактовать как нарушение, которое грозит перерасти в расстройство (анорексия, булимия). Однонаправленная ситуация наблюдается у людей, придерживающихся гедонизма – стремление к изобилию и пресыщенности вне взгляда на влияния такого образа жизни на здоровье может привести к расстройствам пищевого поведения (ожирение) через нарушение [41].

Как показывают исследования Р.В. Александровой и Т.А. Мешковой, в родительских семьях таких людей отмечается эмоциональная отстраненность матери, которая остро контрастирует на фоне относительно высокой

эмоциональной привязанности отца к детям: «Такая семейная ситуация предполагает выраженный конфликт. На конфликт может указывать и более выраженная непоследовательность воспитания, как со стороны матери, так и со стороны отца, характерная для группы риска» [2]. В результате такого воспитания уже взрослый человек испытывает острую нехватку родительской любви и поддержки, которая перекладывается на партнера или других близких людей. В свою очередь высокая требовательность к партнеру, который не в силах удовлетворить потребность человека в родительской любви, вызывает высокую тревожность, неуверенность в себе, эмоциональную нестабильность, что вызывает изменения в пищевом поведении с негативной тенденцией.

Отмечается, что лица, обладающие нарушениями пищевого поведения, в детском возрасте столкнулись с авторитарным и гиперопекающим поведением матери. В исследовании Н.О. Николаевой и Т.А. Мешковой выявлено, что матери таких детей, в частности девочек, воспитывали последних с целью выработки высокой моральной ответственности и соблюдения высоких требований, включая к внешнему виду и интеллектуальному развитию. Такие дети были перегружены различными занятиями уже в раннем возрасте: «Властная, деспотичная и стеничная мать постоянно подавляет волю детей и лишает их всякой инициативы. Такие матери отличаются, кроме того, большим аффективным зарядом с высоким уровнем самоутверждения и честолюбия. Часто из-за нереализованных в прошлом возможностей они всю свою энергию и властность проявляют в семье, используя детей как ширму для своих прихотей» [40]. Исходя из этого, можно сделать вывод, что женщина, преследуя личные подсознательные цели, формирует в будущем взрослом низкую самооценку, гиперответственность по отношению к себе и окружению, личностную тревожность, которые сказываются на пищевом поведении человека.

Особое место в нарушении пищевого поведения, в особенности женщин, занимает неодобрительное отношение матери к внешнему виду

своей дочери. Так, исследователи Д.Л. Франкуа и Р.Ч. Стриджел-Мурейб установили, что матери, относящиеся к внешнему виду своих дочерей критично, принуждают или вызывают желание у последних к соблюдению различных диет, нередко являющихся неприемлемы для их возраста [74]. Все это ведет к последующим проблемам в самовосприятии и пищевом поведении уже взрослой женщины. Примечательным является то, что у разных рас данная особенность по разному выражена: «...темнокожие матери более толерантны в отношении своих дочерей, имеющих большой вес, а темнокожие девочки-подростки более удовлетворены свои телом, намного реже вовлечены в соблюдение диет и реже белых девочек-подростков имеют нарушения пищевого поведения» [40].

Следует выделить общественные, психотравмирующие, социокультурные причины. Например, отношения с окружающими могут обладать негативным характером, что вызывает у человека потребность в заедании стресса или прибегании к жестким ограничениям в пище в связи с высокими требованиями окружающих людей к внешнему виду. Психотравмирующие ситуации так же способны вести к развитию нарушений: сексуальное или психологическое насилие, утрата близкого человека, переход от родительского попечения в государственное и т.д. – все это ведет к дестабилизации нервной системы человека, которая будет выражаться в изменении как общего поведения, так и поведения [35]. Существует так же связь между наследственностью и нарушениями пищевого поведения, которые были выявлены в ходе определенных медицинских генетических исследований [38].

Исходя из наличия нарушений пищевого поведения, возможна типология пищевого поведения как самостоятельного явления. Согласно исследованиям Е.Н Леонова, выделяют 6 типов пищевого поведения, каждый из которых обладает своими отличительными особенностями, основанными на том или ином нарушении [32]:

– интернальный тип – лица, которые не обладают аддиктивными

стратегиями нарушения пищевого поведения, ярко выраженных нарушений пищевого поведения не наблюдается. Такие лица, включая и женщин, и мужчин, не склонны неадекватно критически относиться к своему телу, характеризуются доминантностью и уверенностью в себе;

- экстернальный тип – данный тип присущ мужчинам, которые придерживаются позиции «увидел, значит, съел». Данная позиция как правило формируется из-за переживания «за компанию», избыточных перекусов и поедания пищи, находясь в гостях. Пища в данном случае играет связующую роль в межличностном взаимодействии для достижения определенного единения с окружающими;
- неустойчивый тип – характерен для женщин, которые склонны предполагать у себя лишний вес и в связи с этим сильно тревожиться. Неустойчивость пищевого поведения выражается в циклическом прибегании к диетам из-за желания избавиться от веса и к пережированию как подсознательному средству снятия стресса;
- эмоциогенно-ограничительный тип – так же характерно для женщин, которые убеждены в наличии у себя лишнего веса. Большинство из них характеризуется податливостью, впечатлительностью, мягкостью и ранимостью. Главной отличительной чертой такого поведения является прибегание к жестким диетам, которые в результате рискуют преобразоваться в расстройство пищевого поведения. Вместе с этим данный тип склонен прибегать к мнению специалистов, которые выстраивают рекомендации и стратегии образа жизни и питания для решения проблем с лишним весом;
- ограничительный тип – данный тип свойствен женщинам, которые так же убеждены в лишнем весе. Однако их особенность заключается в нормативном подходе к решению проблемы – данный тип тщательно изучает вопрос, подбирает множество вариантов диет и выбирают для себя оптимальную, которая, как правило, не несет за собой серьезные риски;

– эмоциогенно-экстернальный тип – тип, присущий и женщинам, и мужчинам. Характерным для данного типа является заедание своего стресса и высокая реакция на внешний стимул, призывающий к перееданию (внешний вид пищи, приглашение к трапезе, запахи и т.д.).

Говоря о человеке, который обладает нарушениями пищевого поведения, можно представить определенный психологический портрет. Главной особенностью таких людей, как правило, является неспособность разрешить конфликтную ситуацию в силу своей податливости. Эмоционально данные люди отличаются либо высокой импульсивностью, либо подавленностью [69]. А.Н. Цацулин указывает на то, что люди с нарушением пищевого поведения отличаются низкой стрессоустойчивостью, что вызывает сложности с решением новых внезапных задач и освоению информации, которую необходимо освоить здесь и сейчас. Нередко человека с нарушением пищевого поведения сопровождает низкая самооценка, перфекционизм и повышенная нужда в самообвинении, что вызывает сложности в личностном развитии. Дополнительным барьером для коррекции самооценки становится само нарушение пищевого поведения – человек испытывает острую вину перед самим собой из-за переедания или недоедания [16, 73, 79].

Женщины с нарушениями пищевого поведения обладают своим рядом психологических особенностей. Они более подвержены социальному влиянию, направленному на критику ее внешнего вида. Их основной копинг-стратегией является избегание, причем, не только проблем, но и неприятных мыслей или внутреннего разговора «с самим собой». Результаты исследования Р.В. Овчаровой позволяют говорить о том, что данные женщины прибегают к избеганию из-за неуверенности в себе. Нарушения пищевого поведения у женщин тесно коррелируют с агрессивностью и недоверием к людям. В случае же формирования доверительных отношений, такая женщина характеризуется покорностью и избеганием конфликтов [42].

В.В. Ромацкий и И.Р. Семин считают, что нарушения пищевого

поведения не могут считаться как самостоятельные изменения в поведении организма из-за частого наличия у лиц с нарушением пищевого поведения психических расстройств [53]. Все это позволяет предполагать, что нарушение пищевого поведения может быть следствием иного более серьезного и глубокого психического заболевания, что диктует необходимость в полноценном психиатрическом обследовании лиц с хроническими нарушениями пищевого поведения.

Невозможно не отметить связь нарушений пищевого поведения и эмоций человека. Человек может использовать еду, чтобы справиться с негативными эмоциями, заглушить их или получить временное чувство комфорта. Некоторые люди, особенно склонные к нарушениям пищевого поведения, могут использовать еду для контроля своих эмоций и самоощущения [35]. Например, человек может переедать, чтобы получить чувство утешения и «заполнить пустоту» в душе после утраты человека или тяжелого расставания с близким. Как уже отмечалось ранее, в некоторых случаях, нарушения пищевого поведения могут быть следствием травматического опыта, например, сексуального насилия или эмоциональной нестабильности в семье. Человек может использовать еду как способ «отключиться» от травмы, избежать неприятных эмоций или попытаться восстановить чувство контроля над своей жизнью.

Нарушения пищевого поведения часто связаны с низкой самооценкой и негативным образом тела. Еда в таком случае используется как средство избегания проблемы или же средство получения одобрения от окружающих через диету и ограничения. Однако, такое поведение только усугубляет проблему, так как фокусирует внимание на внешности, а не на внутреннем мире человека [55].

Таким образом, нарушения пищевого поведения не являются синонимом расстройства, однако могут иметь как нейтральный, так и негативный эффект воздействия на психологическое и физическое состояние человека. В число нарушений входят переедание, ограничение в пище,

эмоциональное и неправильное питание, нервная орторексия, прегорексия, избирательное питание и «Синдром ночной еды». Факторы возникновения нарушений пищевого поведения могут иметь социальнокультурный, межличностный, психотравматический, семенный и наследственный характер. Ряд исследователей указывают на то, что нарушения пищевого поведения в большинстве случаев является следствие более серьезных психических расстройств, в связи с чем возникают сложности в диагностике и коррекции нарушений. Среди психологических характеристик лиц с нарушениями пищевого поведения числятся такие, как подверженность социальному влиянию, низкая самооценка и стрессоустойчивость. Личностная тревожность так же является одной из характеристик лиц с нарушениями, однако на сегодняшний день данная связь все еще остается малоизученной.

1.3 Связь личностной тревожности и пищевого поведения как объект научного исследования

Исследования связи личностной тревожности и пищевого поведения человека на сегодняшний день являются одними из самых актуальных, хоть и малочисленных проблем психологии. Причина данного противоречия заключается в том, что пищевое поведение чаще всего рассматривается в контексте его влияния на развитие личности в целом, а не на формирование у него отдельных личностных свойств. В связи с этим вопрос связи личностной тревожности и пищевого поведения сегодня остается открытым.

Особую роль личностная тревожность играет в вопросах пищевых нарушений у девушек. Л.А. Проскурякова пишет: «Девушки с высоким уровнем личностной тревожности в 5,68 раз имеют выше риск формирования нарушения ПП различных типов» [48]. У мужчин исследование связи тревожности с пищевым поведением не дало необходимой информации, а сам процесс диагностики связи Л.А. Проскурякова считает нецелесообразным.

В исследованиях Л.М. Гарифулиной, З.Э. Холмарудовой и М.В. Лим описывается корреляционное увеличение некоторых личностных характеристик человека в соответствии с увеличением устойчивости и пагубности его нарушения в пищевом поведении. Согласно выводам авторов, лица с временным нарушением пищевого поведения обладают менее выраженной личностной тревожностью, чем лица с устойчивым нарушением, приведшим к расстройству и заболеванию [14]. Данная тенденция была рассмотрена на лицах, столкнувшихся с ожирением, как следствием переизбытка.

Занимательным корреляционным исследованием связи тревожности и пищевого поведения занимались Е.С. Кириленко и Р.И. Касперович. Исходя из полученных результатов, было установлено, что «любое ненормативное аддиктивное изменение в пищевом поведении является последствием выраженной личностной тревожности. Вместе с тем в том же исследовании было доказано, что не выраженная личностная тревожность не обязательно ведет к возникновению нарушений пищевого поведения» [22]. Можно отметить и обратный эффект – чем выше личностная тревожность у лиц с нарушением пищевого поведения, тем устойчивей и выраженной это нарушение как таковое [72].

Исследователи О.К. Труфанова и И.М. Кузьмина пришли к выводу, что для всех групп с разным видом нарушения личностная тревожность оказалась на высоком уровне, что так же позволяет предполагать тесную и глубокую связь нарушений с тревожностью, как фактором изменения пищевого поведения согласно исследованию Е.С. Кириленко и Р.И. Касперович [62, 28].

Высокий уровень личностной тревожности у лиц с нарушениями пищевого поведения рассматривался исследователями Е.Я. Поляковой и М.В. Пашковой. В ходе эмпирического исследования авторы пришли к выводу, что «личностная тревожность у данных лиц возникает на фоне фрустрации, которая возникает вследствие не состыковки потребности в

неоспоримом и полном принятии человека близкими и реальности, в которой близкие могут иметь иные чувства» [46]. Исходя из такого взгляда, личностная тревожность, как и нарушение пищевого поведения, имеют природу межличностного конфликта – проблемы во взаимодействии с окружающими формируют сначала тревожность, а затем и изменения в пищевом поведении для «заедания» стресса или ограничения себя в пище для достижения желаемого авторитета у окружающих.

В современном научном сообществе личностная тревожность в контексте связи с пищевым поведением рассматривается с точки зрения условий возникновения этой тревожности. Е.А. Петрова и С.В. Петунина установили, что личностная тревожность у лиц с нарушением пищевого поведения чаще всего возникает в условиях тревожной обстановки, которые провоцирует возникновение длительного стресса и подавленности эмоций. Так же авторы пришли к выводу, что конструктивные временные нарушения пищевого поведения ведут к меньшему развитию личностной, чем ситуативной тревожности. Это позволяет говорить о том, что временные нарушения пищевого поведения, которые не имеют негативного влияния на человека, не всегда сопровождаются длительной тревожностью, которая может стать личностной характеристикой [45].

Исследованием проявления тревожности у лиц с нарушением пищевого поведения занималась М.В. Ляпина. Автор рассматривала формирование личностной и ситуативной тревожности у людей, страдающих ожирением как следствием длительного переедания. Результат ее работы показал следующее: в случае формирования у человека высоких показателей и личностной и ситуативной тревожности свидетельствует о неудовлетворенности жизнью лица с нарушением, качество которой снижается из-за множества ограничений [33].

А.Н. Кононов и А.С. Комиссарова в свою очередь рассматривали связь личностной тревожности у подростков с нарушением пищевого поведения не столько с самим нарушением, сколько с их уровнем самопринятия и образа

своего тела. Данные, полученные в ходе исследования, позволили авторам утверждать, что для подростков провоцирующим фактором возникновения личностной тревожности и, как следствие, «изменения в пищевом поведении является негативное представление образа своего тела, которое не совпадает с желаемым» [25]. Занимательным фактом является то, что желаемый такими подростками образ тела часто диктуется социальными нормами и давлением сверстников, что способствует возникновению сложных межличностных конфликтов, которые, в свою очередь, приводят к внутриличностным конфликтам, лежащим в основе расстройств пищевого поведения.

В исследовании И.А. Симченко и С.В. Яровой была рассмотрена личностная тревожность не как психологический источник нарушений пищевого поведения, а как косвенный фактор формирования изменения пищевого поведения. Исследование проводилось на студентах с личностной тревожностью, которые в силу отсутствия опыта определенные учебные или социальные ситуации воспринимали как угрожающие и плохо решаемые. В результате такого восприятия все физические, эмоциональные и временные усилия студентом бросаются на решение ситуации или возникшей проблемы, вследствие нарушается режим жизни и дня, питание отходит на второстепенный план. В результате длительного сохранения подобной позиции происходит укрепление связи между личностной тревожностью и пищевым поведением человека [57]. Так же отмечается следующее: «чем старше студенты, тем устойчивей связь между личностной тревожностью и возникшим нарушением пищевого поведения, что говорит о вероятном возрастном аспекте проявления данной связи» [18].

Исследования А.А. Макаренко позволяют утверждать, что высокая личностная тревожность нередко побуждает человека к постоянному контролю своего веса и калорийности принимаемой пищи. В некоторых случаях тревожность может возникать после переедания, как чувство вины перед собственным телом [34]. В таком случае тревожность может привести изначально к нарушению, а после и к расстройству пищевого поведения, что

говорит о необходимости комплексного подхода при диагностике и коррекции пищевого поведения человека.

Таким образом, современная психологическая научная база позволяет утверждать о наличии тесной связи данных психологических явлений. Личностная тревожность при нарушении пищевого поведения чаще всего выступает как прямой фактор возникновения нарушения, однако в некоторых случаях он может играть косвенную роль в качестве негативного инструмента коррекции образа жизни человека. При этом наличие самой личностной тревожности не всегда ведет к изменениям пищевого поведения.

Выводы по первой главе.

Современная психология рассматривает феномен тревожности как приобретенное свойство личности человека, разделяя тревожность и тревогу на разные ответвления. Тревожность может быть, как нормой, так и иметь патологический характер, проявляясь в возникновении необоснованных страхов и переживаний по относительно малым или воображаемым угрозам.

Современная психология придает особое значение тревожности, как негативному фактору в жизни человека, создающему барьеры на его жизненном пути. В число основных подходов, рассматривающих явление тревожности, входят нейропсихологический подход, изучающий тревожность как ряд механизмов; психоаналитический подход, определяющий тревожность как комплекс негативных эмоций и чувств, а также психодинамический подход, использующий определения тревожности и страха как синонимы.

Сегодня принято делить тревожность на два вида: ситуативную – тревожность, связанную с реальной реакцией личности на нависшую угрозу, и личностную – тревожность, являющейся приобретенным свойством человека, характеризующейся непрерывными переживаниями по существенным и несущественным причинам. Тревожность оказывает воздействие на мотивационную сферу человека, способствует развитию стрессоустойчивости.

Нарушения пищевого поведения, такие как переедание, ограничение пищи, эмоциональное или неправильное питание, орторексия, прегорексия, избирательность в еде и «синдром ночной еды», не тождественны расстройствам пищевого поведения, но могут оказывать как нейтральное, так и негативное влияние на физическое и психическое здоровье. Их причины многообразны и включают социально-культурные, межличностные, психотравматические, семейные и генетические факторы. Часто нарушения пищевого поведения являются симптомами более глубоких психических проблем, что затрудняет диагностику и лечение. Характерными психологическими чертами людей с такими нарушениями являются повышенная подверженность социальному влиянию, низкая самооценка, низкая стрессоустойчивость и, возможно, тревожность (хотя эта связь требует дальнейшего изучения).

Современные психологические исследования подтверждают сильную взаимосвязь между личностной тревожностью и нарушениями пищевого поведения. Часто тревожность выступает непосредственной причиной возникновения этих нарушений, но иногда играет лишь косвенную роль, усугубляя ситуацию и затрудняя коррекцию образа жизни. Важно отметить, что тревожность сама по себе не всегда приводит к изменениям пищевого поведения.

Глава 2 Эмпирическое исследование взаимосвязи личностной тревожности и нарушений пищевого поведения личности

2.1 Организация и методы эмпирического исследования

Эмпирической базой исследования является Институт дополнительного образования Томского государственного университета. В исследовании приняли участие 50 женщин в возрасте от 25 до 40 лет.

Основная гипотеза исследования заключается в предположении о том, что существует связь между нарушением пищевого поведения и личностной тревожностью: лица, характеризующиеся нарушением пищевого поведения, испытывают высокий уровень личностной тревожности, в отличие от лиц, для которых не характерны нарушения пищевого поведения.

Частные гипотезы:

- существует возрастной фактор возникновения нарушений пищевого поведения – женщины в возрасте 25-35 лет сталкиваются с нарушениями пищевого поведения чаще, чем женщины 35-40 лет;
- существует разница между уровнем личностной тревожности и нарушениями пищевого поведения у женщин в возрасте 25-40 лет, характеризующихся удовлетворенностью и неудовлетворенностью своим питанием.

Эмпирическое исследование реализовывалось по следующим этапам:

- опрос респондентов с целью определения их социально-демографических данных;
- выявление особенности пищевого поведения респондентов исследования;
- установление особенности пищевых предпочтений респондентов исследования;
- диагностика уровня личностной тревожности у респондентов исследования;

- анализ полученных эмпирических результатов диагностирования особенностей пищевого поведения, пищевых предпочтений и личностной тревожности респондентов;
- статистическая обработка эмпирических результатов диагностики особенностей пищевого поведения и пищевых предпочтений, а также уровня личностной тревожности респондентов исследования;
- формулировка выводов на основе полученных результатов.

Для проведения эмпирического исследования были подобраны следующие методики: «Опросник пищевых предпочтений, EAT-26» (автор Д. Гарнер, в адаптации О.А. Скугаревского, 2007), «Шкала оценки пищевого поведения, EDI» (автор Д. Гарнер, в адаптации О.А. Скугаревского, 2011), «Шкала личностной тревожности Спилбергера-Ханина» (автор Ч. Спилбергер, в адаптации Ю.Л. Ханиной, 1978), социально-демографическая анкета.

Диагностическая методика №1. «Шкала оценки пищевого поведения, EDI» (автор Д. Гарнер, в адаптации О.А. Скугаревского, 2011) [19].

Метод применяется для оценки психических и физических симптомов нервной анорексии и булимии, для выявления отклонений в пищевом поведении в общей популяции, а также для контроля эффективности лечения. Включает в себя несколько шкал-критериев: стремление к худобе, булимии, неудовлетворенность телом, неэффективность, перфекционизм, недоверие в межличностных отношениях, интероцептивная некомпетентность.

Методика представляет собой список из 51 утверждений, которые респонденту необходимо оценить согласно предложенным вариантам ответов.

Диагностическая методика №2. «Опросник пищевых предпочтений, EAT-26» (автор Д. Гарнер, в адаптации О.А. Скугаревского, 2007) [58].

Опросник разработан для оценки степени выраженности проблем, типичных для пациентов с нарушениями пищевого поведения: стремления к

похуданию, опасения набора веса и ограничительных тенденций в стиле питания. Имеет одну шкалу-критерий – «шкала ООП». Включает в себя 26 утверждений, которые респонденту необходимо оценить согласно предложенным вариантам ответов.

Диагностическая методика №3. «Шкала личностной тревожности Спилбергера-Ханина» (автор Ч. Спилбергер, в адаптации Ю.Л. Ханиной, 1978) [67].

Цель методики заключается в определении уровня личностной и ситуативной тревожности. В данном исследовании методика используется для определения уровня личностной тревожности, которая и является шкалой-критерием. Методика представляет собой 40 утверждений, которые необходимо оценить по степени интенсивности.

Диагностическая методика №4. Анкета респондента.

Цель анкетирования состоит в определении социально-психологического портрета участников с выделением групп респондентов по следующим критериям: возраст и удовлетворенность своим питанием.

Методы математической обработки и анализа: непараметрический критерий U-Манна-Уитни и коэффициент корреляции Спирмена в программе «Excel».

2.2 Анализ и интерпретация полученных результатов эмпирического исследования

Первым этапом исследования стало изучение социально-демографических особенностей респондентов исследования, которое проводилось с помощью разработанной анкеты. Результаты анкетирования представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Результаты социально-демографического анкетирования респондентов исследования

Возрастной критерий					
25-30 лет		31-35 лет		36-40 лет	
14%		22%		64%	
Семейный статус					
Замужем		В отношениях вне брака		Вне отношений	
64%		14%		22%	
Наличие детей					
Нет детей		1 ребенок		2-3 ребенка	
26%		30%		44%	
Уровень образования					
Неполно среднее или ниже		Общее среднее		Среднее специальное	
				Неоконченное высшее	
-		4%		10%	
Профессиональная занятость					
Домохозяйка		Студент		Самозанятый	
8%		10%		14%	
				Работа по найму	
				Частный предприниматель	
				В декрете	
				8%	
				20%	
Важность внешних физических данных с точки зрения респондента					
Не важны		Умеренно важны		Очень важны	
16%		74%		10%	
Важность внешних физических данных с точки зрения окружения респондента					
Не важны		Умеренно важны		Очень важны	
16%		62%		22%	
Удовлетворенность своим питанием					
Высокая		Средняя		Низкая	
24%		56%		20%	

Таким образом, исходя из данных таблицы 1, можно утверждать следующее:

- в группе преобладает возраст 36-40 лет (64%). Возраста 31-35 лет представлены в 22%, 25-30 лет – 14%;
- подавляющее большинство женщин замужем – 64%. 22% вне отношений, 14% находятся в неофициальных отношениях;
- уровень образования у 80% женщин высший, 10% имеют

неоконченное высшее, 6% – средне специальное, 4% – общее среднее образование;

– среди респондентов 44% имеют от 2 до 3 детей, 30% имеют 1 ребенка, 26% не имеют детей;

– 40% женщин официально трудоустроены и работают по найму, 20% женщин находится в декретном отпуске, 14% самозанятые, 10% являются неработающими студентами, 8% являются частными предпринимателями, еще 8% – домохозяйками;

– 74% женщин считают, что внешность человека умеренно важна, 16% считают внешность не важным критерием оценки человека, 10% определяют внешность человека как очень важную;

– у 62% женщин окружение считает внешность человека умеренно важной, у 6% женщин окружение не оценивает внешность человека как важное, у 22% женщин окружение ориентировано на оценку внешности человека;

– 56% женщин в целом удовлетворены своим питанием и внесли бы мелкие коррективы по возможности, 24% женщин полностью удовлетворены своим питанием, 20% не удовлетворены своим питанием полностью.

Вторым этапом исследования стало определение особенностей пищевого поведения у респондентов исследования с помощью методики диагностики «Шкала оценки пищевого поведения, EDI» (автор Д. Гарнер, в адаптации О.А. Скугаревского, 2011). Результаты диагностики, представленные в приложении А, позволяют сделать следующие выводы о количественной выраженности пищевого поведения у респондентов в группе (таблица 2).

Таблица 2 – Процентная выраженность особенностей пищевого поведения респондентов исследования

Уровень	Критерии пищевого поведения						
	Стремление к худобе	Булимия	Неудовлетворенность телом	Неэффективность	Перфекционизм	Недоверие в МЛО	Интероцептивная некомпетентность
Низкий	32%	6%	-	-	74%	-	20%
Средний	56%	38%	42%	32%	22%	38%	48%
Высокий	12%	56%	58%	68%	4%	62%	32%

Данные, отраженные в таблице 2, для наглядности были перенесены на рисунок 2.



Рисунок 2 – Графическое отображение процентной выраженности особенностей пищевого поведения в группе респондентов

Исходя из представленных в таблице 2 и на рисунке 2 данных, можно говорить о следующих особенностях пищевого поведения в группе респондентов:

- выраженность стремления к худобе: 32% на низком уровне, 56% на среднем уровне, 12% на высоком уровне;
- выраженность булимии: 6% на низком уровне, 38% на среднем уровне, 56% на высоком уровне;
- выраженность неудовлетворенность телом: 42% на среднем уровне, 58% на высоком уровне;
- выраженность неэффективности: 32% на среднем уровне, 68% на высоком уровне;
- выраженность перфекционизма: 74% на низком уровне, 22% на среднем уровне, 4% на высоком уровне;
- выраженность недоверия к межличностным отношениям: 38% на среднем уровне, 62% на высоком уровне;
- выраженность интероцептивной некомпетентности: 20% на низком уровне, 48% на среднем уровне, 32% на высоком уровне.

Представленные выше результаты позволяют утверждать, что в группе прослеживается высоко выраженная неспособность контролировать собственную жизнь и отсутствие чувство безопасности, приверженность к перееданию и очищению желудка, общая неудовлетворенность своими внешними данными и недоверие в межличностных отношениях.

Наиболее выраженными является неудовлетворенность телом, неэффективность и недоверие, при которых в группе отсутствуют лица с низким результатом по данным шкалам – это говорит о том, что группа респондентов ощущает дискомфорт в своей жизни, обусловленный чувством одиночества и небезопасности, испытывает дискомфорт при мысли о своих внешних данных и неудовлетворенны качеством своего взаимодействия с окружающими. Лица, вошедшие в данную категорию, чувствуют себя отстраненными от окружающих.

Следующим этапом стало определение особенностей пищевого предпочтения у респондентов исследования с помощью методики «Опросник пищевых предпочтений, ЕАТ-26» (автор Д. Гарнер, в адаптации

О.А. Скугаревского). Результаты опроса представлены в приложении А. На основе полученных результатов были сделаны следующие выводы (см. рисунок 3).

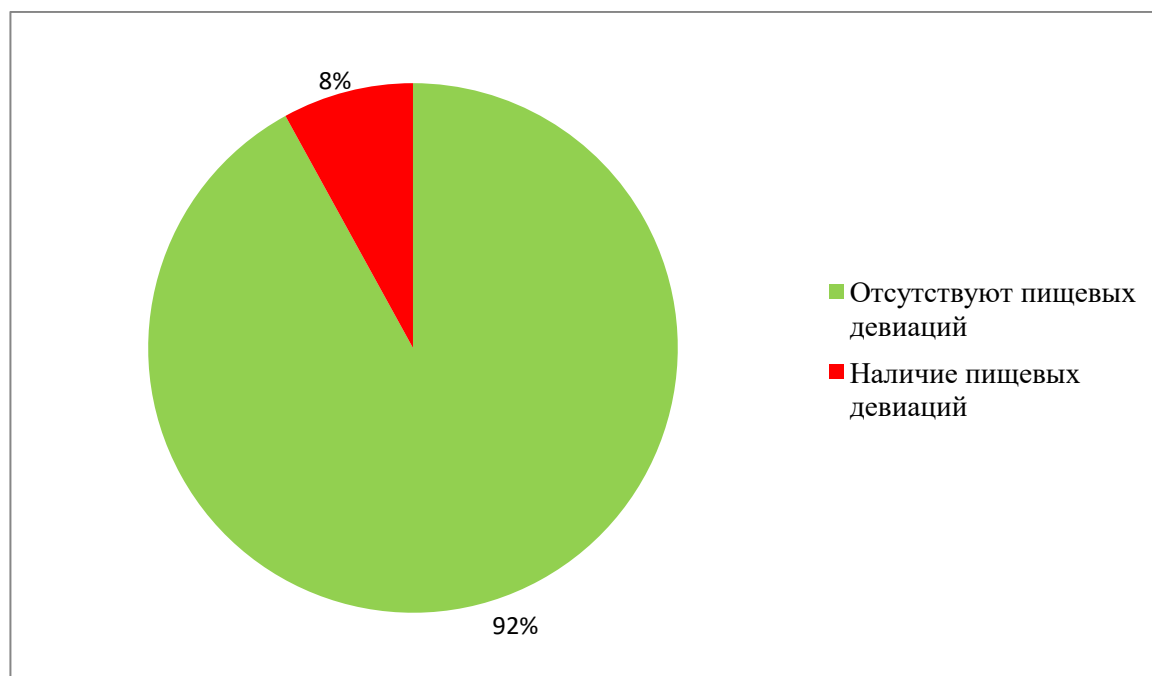


Рисунок 3 – Процентная выраженность нарушений пищевого поведения в группе респондентов исследования

Согласно данным рисунка 3, можно утверждать следующее: в группе респондентов присутствуют только 8%, характеризующихся проблемами в пищевых предпочтениях (нездоровое стремление к похуданию, панической страх набора веса и т.д.). Сравнивая данные с результатами диагностики пищевого поведения по шкале «стремление к худобе», можно обратить внимание, что в обоих случаях 8% респондентов с высокими показателями являются одни и те же, что говорит о существовании глубоких психологических проблем у данных женщин.

Последним этапом диагностического исследования стало определение уровня личностной тревожности в группе респондентов, которое было организовано с помощью методики «Шкала личностной тревожности Спилбергера-Ханина» (автор Ч. Спилбергер, в адаптации

Ю.Л. Ханиной, 1978). Результаты, представленные в приложении А, позволяют сделать следующие выводы (см. рисунок 4).

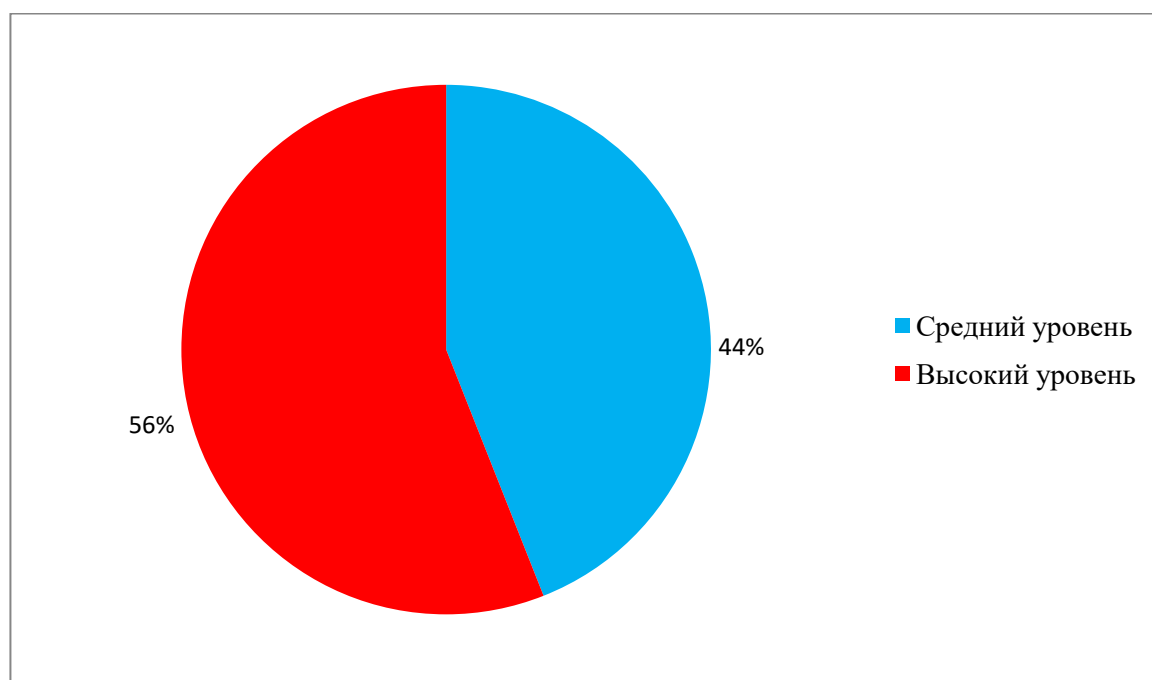


Рисунок 4 – Процентная выраженность уровня личностной тревожности в группе респондентов

Исходя из представленных на рисунке 4 данных, можно утверждать следующее:

- 44% респондентов обладают средним уровнем личностной тревожности;
- 56% респондентов обладает высоким уровнем личностной тревожности;
- респонденты с низким уровнем тревожности отсутствуют.

Диагностика личностной тревожности в группе респондентов помогла установить, что среди женщин преобладает высокий уровень тревожности, которая является личностной характеристикой. Данное явление говорит о том, что многие женщины-респонденты испытывают высокий уровень стресса из-за восприятия обычных бытовых и межличностных ситуаций как угрожающих, что негативно влияет на их

психологическое здоровье.

Для проверки гипотез исследования была проведена статистическая обработка данных с помощью U-критерий Манна-Уитни и коэффициент корреляции Спирмена в программе «Excel». Первым шагом в статистическом анализе стало определение связи между нарушениями пищевого поведения и личностной тревожностью. Результаты обработки данных с помощью t-Спирмена представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Результат статистической обработки диагностических данных респондентов исследования с целью выявления связи между нарушениями пищевого поведения и личностной тревожностью

Критерий		Показатель личностной тревожности («Шкала личностной тревожности Спилбергера-Ханина»), r-Спирмена
Особенности пищевого поведения («Шкала оценки пищевого поведения, EDI»)	Стремление к худобе	0.381*
	Булимия	0.349*
	Неудовлетворенность телом	0.670*
	Неэффективность	0.602*
	Перфекционизм	-0.101
	Недоверие в МЛО	0.651*
	Интероцептивная некомпетентность	0.234
Особенности пищевых предпочтений «Опросник пищевых предпочтений, EAT-26»	Шкала ОПП	0.134

Примечание: * статистически значимые связи

Полученные результаты статистической обработки данных позволяют утверждать следующее:

- существуют статистически значимые прямые корреляции между личностной тревожностью женщин и такими нарушениями пищевого поведения, как стремление к худобе ($R = 0.381$), булимия ($R = 0.349$),

неудовлетворенность своим телом ($R = 0.670$), неэффективность ($R = 0.602$) и недоверие в межличностных отношениях ($R = 0.651$);

– статистически значимые корреляции между личностной тревожностью женщин и такими нарушениями пищевого поведения, как перфекционизм и интероцептивная некомпетентность отсутствуют;

– статистически значимые корреляции между личностной тревожностью женщин и особенностями пищевых предпочтений отсутствуют.

Исходя из полученных результатов, можно предполагать следующее. Стремление к худобе, которое, как правило, формируется под воздействием внешних факторов (порицание близких, навязчивые идеалы социума и т.д.) ведет к увеличению неудовлетворенности своим телом и, как следствие, высокому уровню тревоги, которое при отсутствии коррекции принимает форму личностной характеристики. В результате стремления женщина склоняется к применению методов самоочищения, грозящего перерасти в психическое заболевание булимию. Так же, вследствие навязчивости внешних идеалов обществом женщины, стремящиеся к данным идеалам через похудение, теряют ощущение контроля над своей жизнью и формируют недоверие к своему окружению, которое, вероятно, оказывает определенное давление на женщину. Все эти факторы становятся предикторами к развитию личностной тревожности, при которой любая ситуация воспринимается человеком как опасная и угрожающая жизни, возможность давать здоровую оценку происходящим вокруг событиям падает. Однако можно предполагать, что у развития данных нарушений пищевого поведения может существовать возрастной фактор.

С целью подтверждения частной гипотезы исследования №1 о существовании связи развития нарушения пищевого поведения и возраста женщин была проведена статистическая обработка данных с помощью U-

критерия Манна-Уитни. Для проведения данной обработки были определены следующие возрастные группы:

- группа №1 – женщины 25-35;
- группа №2 – женщины 35-40 лет.

Результаты статистического анализа представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Результат статистической обработки диагностических данных респондентов исследования с целью выявления связи развития нарушения пищевого поведения и возраста женщин в группе №1 и группе №2

Критерий	Шкала	Показатель, U-Манна-Уитни
Особенности пищевого поведения («Шкала оценки пищевого поведения, EDI»)	Стремление к худобе	470
	Булимия	394
	Неудовлетворенность телом	459
	Неэффективность	455
	Перфекционизм	402
	Недоверие в МЛЮ	417
	Интероцептивная некомпетентность	376
Особенности пищевых предпочтений «Опросник пищевых предпочтений, EAT-26»	Шкала ОПП	293

Примечание: * статистически значимые значения

Как видно из результатов статистической обработки данных, представленных в таблице 4, достоверных различий в проявлении нарушений пищевого поведения у женщин разной возрастной категории не найдено. Исходя из этого можно утверждать, что частная гипотеза №1 была опровергнута.

Для проверки частной гипотезы исследования № 2 о существовании разницы между уровнем личностной тревожности и нарушениями пищевого поведения у женщин в возрасте 25-40 лет, характеризующихся удовлетворенностью и неудовлетворенностью своим питанием, была проведена дополнительная статистическая обработка диагностических данных. Для проведения обработки были выделены следующие группы

респондентов:

- группа №1 – полностью неудовлетворенные своим питанием;
- группа №2 – полностью удовлетворенные своим питанием;
- группа №3 – респонденты, готовые скорректировать часть своего питания.

Полученные результаты статистической обработки представлены в таблице 5.

Таблица 5 – Результат статистической обработки диагностических данных респондентов исследования с целью выявления связи нарушений пищевого поведения, личностной тревожности со степенью удовлетворенности своим питанием у женщин 25-40 лет

Сравнительный анализ группы №1 и группы №3		
Критерий	Шкала	Показатель, U-Манна-Уитни
Особенности пищевого поведения («Шкала оценки пищевого поведения, EDI»)	Стремление к худобе	91
	Булимия	120
	Неудовлетворенность телом	109
	Неэффективность	96.5
	Перфекционизм	96
	Недоверие в МЛО	103
	Интероцептивная некомпетентность	83
Особенности пищевых предпочтений «Опросник пищевых предпочтений, EAT-26»	Шкала ОПП	93.5
«Шкала личностной тревожности Спилбергера-Ханина»	Личностная тревожность	120.5
Сравнительный анализ группы №1 и группы №2		
Критерий	Шкала	Показатель, U-Манна-Уитни
Особенности пищевого поведения («Шкала оценки пищевого поведения, EDI»)	Стремление к худобе	27
	Булимия	22.5*
	Неудовлетворенность телом	6*
	Неэффективность	12*
	Перфекционизм	56
	Недоверие в МЛО	19.5*
	Интероцептивная некомпетентность	44

Продолжение таблицы 5

Критерий	Шкала	Показатель, U-Манна-Уитни
Особенности пищевых предпочтений «Опросник пищевых предпочтений, EAT-26»	Шкала ОПП	36.5
«Шкала личностной тревожности Спилбергера-Ханина»	Личностная тревожность	13*
Сравнительный анализ группы №2 и группы №3		
Критерий	Шкала	Показатель, U-Манна-Уитни
Особенности пищевого поведения («Шкала оценки пищевого поведения, EDI»)	Стремление к худобе	133
	Булимия	102
	Неудовлетворенность телом	54.5*
	Неэффективность	61.5*
	Перфекционизм	100
	Недоверие в МЛО	77*
	Интероцептивная некомпетентность	166
Особенности пищевых предпочтений «Опросник пищевых предпочтений, EAT-26»	Шкала ОПП	162
«Шкала личностной тревожности Спилбергера-Ханина»	Личностная тревожность	30*

Примечание: * статистически значимые значения

Согласно данным таблицы 5, можно говорить о следующих особенностях нарушения пищевого поведения и личностной тревожности у женщин с разной степенью удовлетворенности своим питанием:

- существует достоверная разница между удовлетворенными и неудовлетворенными своим питанием женщинами в выраженности у них личностной тревожности ($U = 13$), недоверии в отношениях ($U = 19.5$), неэффективности ($U = 12$), неудовлетворенности телом ($U = 6$), булимии ($U = 22.5$);

- выявлена значимая разница удовлетворенными и неудовлетворенными своим питанием женщинами, которые испытывают потребность внести корректировки в свое питание, в выраженности личностной тревожности ($U = 30$), недоверии в отношениях ($U = 77$), неэффективности ($U = 61.5$), неудовлетворенности телом ($U = 54.5$);
- достоверной разницы в проявлении нарушений пищевого поведения и личностной тревожности у женщин, полностью неудовлетворенных своим питанием, и женщин, готовых скорректировать свое питание, не выявлено.

Полученные результаты позволяют предполагать, что женщины, которые расценивают свое питание как оптимальное и отвечающее их требованиям, менее склонны к проявлению факта булимии, более удовлетворены своими внешними данными и определяют свою жизнь как подконтрольную и безопасную, чем женщины, которые переживают из-за проблем в своем питании. Более того, у удовлетворенных женщин менее выражена личностная тревожность, так как отсутствует один из факторов ее развития – переживания на фоне неудовлетворенности продукцией и режимом ее потребления.

В то же время присутствие разницы между удовлетворенными питанием женщинами и женщинами, желающими внести определенные корректировки в свое питание, в тех же показателях, что и в выше описанной категории лиц, говорит о том, что любая степень неудовлетворенности своим питанием становится одной из причин возникновения неудовлетворенности своим телом, недоверия к окружающим, ощущением бесконтрольности и небезопасности своей жизни и личностной тревожности. Более того, неудовлетворенность своим питанием может быть последствием неудовлетворенности своим телом, так как возникновение чувства стыда или разочарования в своих внешних данных ведет к неосознанному чувству вины за тот тип питания, который

не позволяет поддерживать желаемую женщиной физическую форму. В проявлении нарушений пищевого поведения и личностной тревожности у женщин, полностью неудовлетворенных своим питанием, и женщин, готовых скорректировать свое питание, подтверждает данную теорию.

Таким образом, проведенная эмпирическая работа позволила установить следующее. Среди женщин 25-40 лет существует тесная связь между расстройствами пищевого поведения (включая булимию, стремление к излишней худобе и неудовлетворенность своим телом) и повышенной тревожностью. Тревожность может быть, как следствием этих расстройств, так и усугубляться из-за трудностей в общении и неудач в личной жизни. Хотя возраст сам по себе не является определяющим фактором в развитии расстройств пищевого поведения, неудовлетворенность своим питанием может способствовать появлению булимии и других проблем, включая неудовлетворенность телом, чувство неэффективности, трудности в общении и, как следствие, личностную тревожность.

Исходя из всего этого можно утверждать, что основная гипотеза исследования о связи нарушений пищевого поведения и личностной тревожности женщин была подтверждена. Так же была подтверждена частная гипотеза исследования о существовании разницы проявления нарушений пищевого поведения и личностной тревожности у женщин с разной степенью удовлетворенностью своим питанием. Частная гипотеза исследования о существовании возрастного фактора развития нарушений пищевого поведения у женщин в возрасте 25-40 лет была опровергнута.

2.3 Практические рекомендации по коррекции личностной тревожности у лиц с нарушениями пищевого поведения

Прежде чем говорить об особенностях психологической помощи тревожному лицу с нарушением пищевого поведения, стоит упомянуть

главные принципы психокоррекционной помощи, составленных американским психотерапевтом К. Роджерс. В основе этих принципов лежит потребность клиента в уважении и самостоятельности:

- любой человек вне зависимости от поступков и мышления обладает ценностью и неприкосновенностью;
- каждый человек обязан брать на себя ответственность за свое мышление;
- выбор целей и принятие решений остается за каждым человеком [80].

На основе данных принципов строится любая психологическая помощи клиенту с целью нивелирования личностной тревожности и, как следствие, обнаружений и коррекции нарушений пищевого поведения. Психолог, будучи обученным специалистом, в работе с клиентом воспринимает его как уникальный самостоятельный индивид, признавая и закрепляя за ним право на уважение, свободу выбора и принятия решений, право строить собственную жизнь по своим потребностям. Специалист в своей работе, в первую очередь, обязан знать и избегать давления или внушения человеку в единстве верности какого-либо решения, не мешая таким образом женщине принимать самостоятельные решения своих проблем.

Первое, что необходимо донести до лица с высокой личностной тревожностью на фоне нарушения пищевого поведения: каждый человек обладает возможностью развернуть возникшие в его жизни условия иным образом, развитие событий в рамках этих условий зависит от действий самого клиента, а само чувство тревожности не ново для психологии, т.к. каждый человек сталкивался с этим, а значит, клиент не одинок в своей проблеме.

Для снижения личностной тревожности женщин с нарушением пищевого поведения необходимо обучить нескольким приемам, которые позволят достигнуть вышеуказанной цели [11]:

- моделирующий подход к проблеме – необходимо научить клиента, испытывающего нарастающую личностную тревожность в какой-либо

ситуации, моделировать будущее развитие событий. Это помогает снизить страх перед неизвестностью, которая и является частой причиной возникновения тревожности;

- эмоциональный подход – создание в своем окружении преобладания позитивной информации, начиная от позитивной музыки и заканчивая посещением позитивных мероприятий;

- этически-гуманный подход – рекомендация женщине оказывать помощь окружающим людям. Частые контакты снижают личностную тревожность человека и повышает уровень доверия к окружающим людям;

- саморегулирующий подход – обучение женщины составлению своего режима дня и соблюдению графика труда и отдыха, в частности питания. Сбалансированное время, выделяемое на труд и отдых, а также режим питания помогут снизить эмоциональную и психологическую нагрузку на нервную систему, снижая риск всплеска личностной тревожности в условиях утраты важных личностных ресурсов;

- экзистенциальный подход – помощь женщине в принятии мира во всем его несовершенстве, включая несовершенства в своем теле. Необходимо обучить клиента техникам повышения собственной самооценки, уверенности в себе, техникам принятия себя вместе с достоинствами и недостатками.

Первостепенным в психокоррекционной работе с женщинами с нарушениями пищевого поведения, испытывающими высокую личностную тревожность, является обучение техникам преодоления тревожности. в число приемов саморегуляции входят приемы с коррекцией эмоционального состояния и приемы с коррекцией восприятия настоящего.

В первую группу приемов входят.

Приемы с коррекцией эмоционального состояния включают в себя работу с управлением дыхания. Дыхание – это не только физиологический процесс, но и мощный инструмент для регулирования эмоционального состояния. Глубокое

дыхание стимулирует парасимпатическую нервную систему, которая отвечает за состояние покоя и расслабления. Сосредоточение на дыхании помогает отвлечься от негативных мыслей и эмоций, переключив внимание на физические ощущения. Это особенно полезно при тревожных расстройствах и депрессии.

Приемы с коррекцией внимания содержат в себе работу по регуляции внимания [70]. Управление вниманием – это ключевой навык для преодоления тревоги, позволяющий прервать этот порочный круг и перенаправить фокус с беспокойств на настоящее. Невозможно полностью избавиться от тревожных мыслей, но можно научиться контролировать их влияние на эмоциональное состояние человека.

Существуют так же приемы представления [13]. В их число входят:

- самовнушение, метод саморегуляции, основанный на способности сознания влиять на подсознание и, таким образом, на физическое и психическое состояние человека. Он представляет собой целенаправленное воздействие на себя с помощью словесных формул, образов и представлений для изменения своих мыслей, чувств и поведения. По сути, это внутренний диалог, направленный на достижение желаемого результата;
- самубеждение, процесс, в котором человек активно формирует и поддерживает определённые убеждения о себе, своих способностях, окружающем мире и ситуации, чтобы управлять своими эмоциями, поведением и мотивацией. В отличие от самовнушения, которое фокусируется на прямом воздействии на подсознание через повторение фраз и образов, самоубеждение включает в себя более когнитивные процессы – анализ, интерпретацию и переоценку информации;
- деактуализация, стратегия управления эмоциями и стрессом, которая заключается в «снижении значимости стрессогенного фактора или ситуации». Вместо того, чтобы пытаться напрямую изменить ситуацию

или подавить эмоции, человек уменьшает их эмоциональное воздействие, «приглушая» их важность в своей жизни;

- идеомоторная тренировка, метод саморегуляции, основанный на принципе связи между мыслью (идеей), движением (мотором) и ощущениями. Она предполагает использование мысленного представления движений для достижения желаемого физического или психологического состояния;

- медитации, практика тренировки ума, направленная на достижение определенного состояния сознания и саморегуляции. Она включает в себя систематическое сосредоточение внимания на чем-то одном, будь то дыхание, звук, ощущение тела или образ, с целью успокоения ума и достижения внутреннего спокойствия. В основе медитации лежит принцип контроля над своим вниманием и эмоциями, что в свою очередь приводит к саморегуляции различных аспектов физического и психического состояния.

Работа с женщиной 25-40 лет, испытывающей высокую тревожность по причине нарушений пищевого поведения, начинается с диагностирования его проблемы и установления источника тревожности. Женщина, столкнувшаяся с тревожностью по причине нарушений пищевого поведения, не всегда способна выделить данную связь и грамотно воспроизвести ее вслух, вследствие чего психологу необходимо самостоятельно провести диагностирующие работы и обрисовать реальный психологический диагноз. Так, жалобы большинства тревожных женщин звучат размыто, например, «Я много ем, когда нервничаю», «Я ощущаю вину, когда ем сладкое», «Я совсем ничего не хочу», «Я сильно переживаю, когда смотрю в зеркало!» и т.д. Эти жалобы могут быть симптомом тревожности. Психологу важно сориентироваться среди симптомов человека, чтобы суметь выстроить дальнейшую адекватную психокоррекционную работу.

После выявления источника проблемы в виде нарушения пищевого поведения (которое, следует заметить, так же может стать и следствием

личностной тревожности), рекомендуется поставить четкую цель и задачи, которые помогут этой цели достигнуть. В основу разработанной психокоррекционной программы для данной исследовательской работы, на основе полученных эмпирических данных были поставлены следующие цели и задачи.

Цель программы – снижение личностной тревожности у женщин с нарушениями пищевого поведения.

Задачи программы:

- развитие навыков рефлексии и самоанализа для дифференциации собственных переживаний и поиска источника этих переживаний;
- активизация поиска ресурсов для преодоления личностной тревожности, в частности в стрессовых ситуациях;
- развитие способности устанавливать гармоничные отношения с окружающими;
- формирование положительной самооценочной реакции.

Продолжительность сессий – 8.

Формат занятий – групповой.

Главным инструментом программы становится дневник, в который участникам психокоррекционной группы необходимо отражать все задания своего психолога.

Занятие №1. «Знакомство. Диагностика». 1 час.

Цель – установление контакта, выявление проблемы и ее источника.

Содержание:

- групповое обсуждение проблемы, приведшей женщин в данную группу;
- диагностика с помощью методик Особенности пищевого поведения («Шкала оценки пищевого поведения, EDI») и «Шкала личностной тревожности Спилбергера-Ханина»;
- обсуждение результатов диагностики, целеполагание на дальнейшую работу;

- создание дневника для выполнения заданий;
- постановка первого задания: отражение всех негативных спонтанных мыслей на протяжении трех последующих дней перед следующим занятием.

Результаты. Установление контакта между участниками и психологом, постановка понимания женщинами, что их проблема повсеместна и решаема. Проведение диагностики и помощь в осознании женщинами их проблемы. Формирование у группы нацеленности на решение проблемы.

Занятие №2. «Активация поиска источников тревожности». 1 час.

Цель – выявление индивидуальных причин нарушений пищевого поведения и снизить связанную с ними тревожность.

Содержание:

- групповое обсуждение негативных мыслей и их причин;
- изучение типов расстройств пищевого поведения и распознавание провоцирующих факторов;
- упражнение на снижение тревоги «Мысленная экспозиция») [6];
- групповая разработка режима своего дня и питания, обсуждение разработанных режимов, записи в дневник;
- постановка второго задания: отражение в дневнике своего режима дня и его соблюдения, отражение всех барьеров и тревожных мыслей, связанных с нарушениями пищевого поведения.

Результаты. Создание в группе информационной ясности касательно нарушений пищевого поведения и тревожности, связанной с ней. Установка участников на коррекцию своего питания и преодоление личностной тревожности. Оптимизация режима дня участников.

Занятие №3. «Работа с тревожностью». 1 час.

Цель – обучение участников самоанализу своего состояния.

Содержание:

- групповое обсуждение записей в тетради, обсуждение соблюдения режима дня, барьеров на пути соблюдения и тревожных мыслей касательно режима дня;
- изучение типов нарушений пищевого поведения, выявление триггерных ситуаций и мыслей, которые ведут к проявлению нарушений пищевого поведения;
- упражнение «Мозговой штурм» для установки понимания, что любая ситуация, вызывающая тревогу, может быть решена и не опасна [63]. Участникам предлагается записать любой отраженный в дневнике барьер на пути к соблюдению режима питания, который вызвал тревожность. После определить несколько вариантов решения этого барьера и записать их в дневнике, провести групповой анализ каждого;
- упражнение «Работа с негативными состояниями» для самоанализа чувств и тревожности, и причин, связанных с ней [8];
- постановка третьего задания: при возникновении тревожности работа по шкале СЕД (ранее распечатана и предоставлена участникам) (см. таблица 6) [64]. Отражение процесса работы, ощущений и мыслей.

Таблица 6 – Шкала СЕД для оценки своего состояния тревожности

Баллы	Твои чувства
0	Полностью расслаблен, никакой тревоги
1	Минимальная тревога, собранность, сосредоточенность
2	Легкая тревога и дискомфорт
3	Умеренная тревога, дискомфорт
4	Тревога или дискомфорт до среднего уровня
5	Средняя тревога, незначительно влияет на самочувствие
6	Тревога от среднего до высокого уровня
7	Сильная тревога, сильно влияет на повседневные дела
8	Очень сильная тревога, не получается сконцентрироваться
9	Чрезвычайно сильная тревога
10	Высокий уровень тревоги, никогда такого не испытывал

Результаты. Обучение самоанализу чувств, работе с нарушениями пищевого поведения и тревожностью, связанной с ней. Обучение самостоятельной работе с тревожностью по шкале СЕД.

Занятие №4. «Снятие пищевых ограничений». 1,5 час.

Цель – снизить значимость пищевых ограничений, развивать способность к самоконтролю эмоций.

Содержание:

- групповое обсуждение записей в тетради, обсуждение зафиксированных состояний по шкале СЕД, ощущений и мыслей, возникших в процессе оценки;
- обсуждение ситуаций нарушения пищевого поведения, которое вызвало тревожное состояние;
- техника «Воспоминания о себе», направленная на принятие своего тела и выработки уверенности в себе [8];
- составление списка любимых продуктов для снятия ограничений в питании и принятия «запретных» продуктов;
- упражнение «Мозговой штурм» для перенаправления эмоций и чувств, связанных с едой, в другое русло – спорт, хобби, общение с людьми и т.д. [63];
- обучение технике «Свой темный угол» для формирования способности управлять своим эмоциональным состоянием и избавления от негативных аффектов [71].
- постановка четвертого задания: использование техники «Свой темный угол», отражение процесса процедуры и чувств, мыслей, связанных с ней. Работа по шкале СЕД.

Результаты. Постановка понимания о «внутренних» ограничений в пищевом поведении и постановка нацеленности на избавление от них. Развитие способности к самоуспокоению, самоконтролю.

Занятие №5. «Окружающие в нашей жизни». 1 час.

Цель – работа с недоверием к окружающими людям, обучение

дыхательным практикам для снижения тревожности и формирования самоанализа чувств.

Содержание:

- групповое обсуждение записей в тетради, обсуждение зафиксированных состояний по шкале СЕД, ощущений и мыслей, возникших в процессе техники «Свой темный угол», обсуждение дневника питания;
- упражнение «Мысленная экспозиция», нацеленная на работу с теми мыслями и ощущениями тревожности, которые возникали в процессе выполнения техники «Свой темный угол» [6];
- обсуждение межличностных отношений и ощущений, которые связаны с ними. Кластер-техника «Я и окружающие», обсуждение ассоциативных мыслей, которые связаны с межличностными отношениями;
- упражнение «Без маски» для обсуждения триггерных ситуаций и чувств во время контакта с окружающими людьми [63];
- обучение технике релаксации «Дыхательная медитация», обсуждение чувств и мыслей, происходящих во время выполнения техники;
- постановка пятого задания: использование техники «Дыхательная медитация» в течение каждого дня, фиксация чувств и мыслей, возникающих во время техники. Фиксация своего режима питания, пищевые наблюдения отношений с любимыми и «запрещенными» продуктами.

Результаты. Обучение техникам релаксации. Формирование у участников осознания важности межличностных отношений в их жизни, снятие межличностного напряжения.

Занятие №6. «Зеркало». 1 час.

Цель – снижение стереотипности мышления о пищевых ограничениях, формирование принятия себя и своего тела.

Содержание:

- групповое обсуждение записей в тетради, обсуждение чувств и мыслей во время выполнения техник «Дыхательная медитация» [52];
- обсуждение режима питания и отношений с «запрещенными» продуктами, групповой «Мозговой штурм» на проработку каждого возникшего и зафиксированного барьера;
- упражнение «Работа с негативными убеждениями», нацеленная на работу с убеждениями о вреде той или иной пищи, значимости тех или иных пищевых ограничений» [71];
- упражнение «Осознанное зеркало» для принятия себя и своего тела, формирования безоценочной реакции на свой внешний вид [23];
- техника «Пересмотр состояния тревожности» для снижения значимости тех ситуаций и мыслей, которые касаются тела и вызывают приступ тревожности [71];
- постановка шестого задания: использование техники «Осознанное зеркало» каждый день с фиксацией времени безоценочной реакции, переживаний и мыслей, негативных мыслей.

Результаты. Обучение технике пересмотра тревожных состояний и тревожных ситуаций, связанных с телом. Формирование нацеленности на принятие себя и здорового питания без ограничений.

Занятие №7. «Перенаправление энергии». 1 час.

Цель – создание условий для перенаправления энергии, потраченной на стрессовые состояние, в продуктивное русло.

Содержание:

- групповое обсуждение записей в тетради, обсуждение чувств и мыслей во время упражнения «Осознанное зеркало»;
- упражнение «Снятие стресса по методу Кристана Шрайнера» для обучения самоанализу состояния и снижения состояния тревожности на фоне возникших тревожных чувств и стресса [23]. Обсуждение процесса выполнения упражнения;

- техника-кластер «Досуг» для определения увлечений, хобби и прочей деятельности, которая создаст для участника условия для отдыха и снятия напряжения. Обсуждение кластеров, коррекция режимов дня для внедрения выбранного досуга;
- постановка седьмого задания: обучение упражнению «Полнота переживаний» для снижения потребности в разборе продуктов и их калорийной ценности, которые употребляют участники. Особенность данного упражнения заключается в необходимости привлечения близких людей, что так же способствует развитию доверия в межличностных отношениях. Фиксация процесса выполнения, мыслей и чувств, которые возникали в процессе.

Результаты. Обучение технике релаксации, направление тревожных состояний участниц на продуктивную деятельность, которая создает условия для снятия напряжения.

Занятие №8. «Итоговое». 1 час.

Цель – подведение итогов, закрепление результатов психологических занятий.

Содержание:

- групповое обсуждение записей в тетради, обсуждение чувств и мыслей во время упражнения «Полнота переживаний»;
- повторная диагностика пищевого поведения («Шкала оценки пищевого поведения, EDI») и «Шкала личностной тревожности Спилбергера-Ханина», обсуждение результатов;
- упражнение «Я до, Я после» для рефлексии достигнутых результатов психологической помощи. Обсуждение достигнутого и измененного восприятия еды, себя и окружающего мира;
- техника «Письмо прошлому из настоящего» для закрепления результатов психотерапевтических работ и формирования у участников нацеленности на дальнейшую психологическую самоподдержку;

– разработка и обсуждение индивидуальных маршрутов дальнейшей самостоятельной психологической поддержки с использованием ранее примененных техник КПТ: дневник мыслей и питания, дыхательные практики, техники самоанализа и т.д.

Результаты. Закрепление результатов проведенной работы, формирование у участников потребности в самостоятельной психологической поддержке.

Разработанная программа таким образом позволяет снизить значимость пищевых ограничений и «запрещенных» продуктов в жизни человека, а также снизить их значимость как фактора возникновения тревожности. В основу программы легли групповые занятия для развития доверительного отношения к окружающим и понимания, что проблема участниц является повсеместной и решаемой, что позволяет снизить чувство одиночества. Так же основой программы послужила когнитивно-поведенческая технологии по работе с тревожностью участников. В число таких техник вошли дневник самонаблюдений, техники по релаксации с использованием самоанализа и самоконтроля своих чувств и т.д. Вместе с тем программа позволяет снизить личностную тревожность, формирует навыки преодоления тревожных ситуаций и снижает влияние источников данной тревожности на самосознание женщин с нарушениями пищевого поведения. Важно отметить, что в программе предусмотрены работы не только по снижению личностной тревожности и выраженности пищевых нарушений, но и работы по формированию уверенности в себе, принятия своего тела, формированию доверительного отношения к окружающим, навыков самоанализа и самоконтроля.

Таким образом, разработанная программа психологической коррекции личностной тревожности у лиц с нарушениями пищевого поведения является многокомплексной и эффективной по преодолению выше перечисленных характеристик человека.

Выводы по второй главе.

Проведенное эмпирическое исследование позволило установить следующие связи между нарушениями пищевого поведения и личностной тревожностью: существуют прямые корреляции между личностной тревожностью женщин и такими нарушениями пищевого поведения, как стремление к худобе ($R = 0.381$), булимия ($R = 0.349$), неудовлетворенность своим телом ($R = 0.670$), неэффективность ($R = 0.602$) и недоверие в межличностных отношениях ($R = 0.651$).

В ходе результатов эмпирического анализа было установлено, что достоверных различий в проявлении нарушений пищевого поведения у женщин разной возрастной категории не найдено.

Существуют следующие особенности нарушений пищевого поведения и личностной тревожности у женщин с разной степенью удовлетворенности своим питанием: разница между удовлетворенными и неудовлетворенными своим питанием женщинами в выраженности у них личностной тревожности ($U = 13$), недоверии в отношениях ($U = 19.5$), неэффективности ($U = 12$), неудовлетворенности телом ($U = 6$), булимии ($U = 22.5$); так же выявлена значимая разница удовлетворенными и неудовлетворенными своим питанием женщинами, которые испытывают потребность внести корректировки в свое питание, в выраженности личностной тревожности ($U = 30$), недоверии в отношениях ($U = 77$), неэффективности ($U = 61.5$), неудовлетворенности телом ($U = 54.5$).

Заключение

Несмотря на растущее число исследований, посвященных тревожности, единой научной теории ее формирования пока не существует. Большинство исследований фокусируется на причинах и механизмах возникновения тревожности, а не на ее связи с конкретными жизненными этапами, такими как кризис среднего возраста. В последнее время все меньше психологов рассматривают тревожность как симптом этого явления.

Существует несколько способов классифицировать тревожность, и все они актуальны. Ее появление связано с реакцией человека на стрессовую ситуацию, когда он ощущает реальную или воображаемую угрозу. Однако, факторы, провоцирующие тревожность, могут сильно отличаться в зависимости от возраста, так как личность и социальные роли человека меняются с течением времени.

Нарушения пищевого поведения – это не просто отклонение от нормы, а комплексное психоэмоциональное состояние, которое проявляется в изменениях привычного пищевого поведения. Они могут быть как нейтральными, так и негативными для физического и психического состояния человека. К таким нарушениям относятся переедание, ограничение в еде, эмоциональное и неправильное питание, нервная орторексия, прегорексия, избирательное питание и «Синдром ночной еды». Причины возникновения этих нарушений могут быть разными: социальные, культурные, личностные, семейные, связанные с пережитыми травмами или наследственностью.

Многие исследователи считают, что нарушения пищевого поведения часто являются симптомом более глубоких психических проблем, что затрудняет их диагностику и лечение. К типичным психологическим характеристикам людей с нарушениями пищевого поведения относятся высокая подверженность социальному влиянию, низкая самооценка и слабая

стрессоустойчивость. Тревожность также является одним из таких признаков, однако эта связь требует дальнейшего изучения.

Анализ современных исследований связи тревожности и пищевого поведения показывает, что эти два явления тесно взаимосвязаны. Часто тревожность является прямой причиной нарушения пищевого поведения, но иногда она может играть косвенную роль, негативно влияя на выбор здорового образа жизни. Важно отметить, что не всегда наличие тревожности приводит к изменениям в пищевом поведении.

Эмпирическое исследование, организованное в рамках исследования, показало взаимосвязь между нарушениями пищевого поведения (булимия, стремление к худобе, неудовлетворенность телом) и тревожностью у женщин 25-40 лет. Хотя возраст не является решающим фактором в развитии расстройств пищевого поведения, неудовлетворенность своим питанием может способствовать развитию булимии, недовольства собой, проблемам в отношениях и, как следствие, тревожности.

На основе результатов проведенной эмпирической работы была разработана программа, направленная на снижение значимости диет и «запрещенных» продуктов в жизни человека, а также на уменьшение их роли в возникновении тревоги. В основе программы лежит групповая работа, которая способствует развитию доверия к окружающим и пониманию того, что проблема участниц является распространенной и решаемой, что помогает преодолеть чувство одиночества. Программа также использует когнитивно-поведенческие техники для работы с тревожностью, такие как ведение дневника самонаблюдений, техники релаксации, самоанализ и самоконтроль эмоций.

В целом, программа помогает снизить уровень тревожности, формирует навыки преодоления тревожных ситуаций и уменьшает влияние тревожных факторов на самовосприятие женщин с нарушениями пищевого поведения. Кроме того, программа включает в себя упражнения, направленные на повышение самооценки, принятие своего тела, развитие

доверительных отношений с окружающими, а также на обучение навыкам самоанализа и самоконтроля.

Таким образом, проведенное эмпирическое исследование позволило подтвердить гипотезу о существовании связи нарушений пищевого поведения и личностной тревожности женщин, а также гипотезу о существовании разницы проявления нарушений пищевого поведения и личностной тревожности у женщин с разной степенью удовлетворенностью своим питанием. Гипотеза исследования о существовании возрастного фактора развития нарушений пищевого поведения у женщин в возрасте 25-40 лет была опровергнута.

Список используемой литературы

1. Адлер А. Смысл жизни // Философские науки. 2019. № 1. С. 15-26.
2. Александрова Р. В., Мешкова Т. А. Особенности внутрисемейных отношений девочек-подростков с риском нарушений пищевого поведения // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 2. URL: https://psyjournals.ru/journals/cpse/archive/2016_n2/cpse_2016_n2_Alexandrova_Meshkova.pdf (дата обращения: 12.07.2024).
3. Александрова Ю. И. Психофизиология. СПб.: Питер, 2017. 464 с.
4. Аргайл М. Психология счастья. 2-е изд. СПб.: Питер, 2009. URL: <https://studfile.net/preview/9959358/> (дата обращения: 20.07.2024).
5. Беда К. И. Орторексия // Научное сообщество студентов. Сборник материалов XVII Международной студенческой научно-практической конференции. 2018. С. 29-30.
6. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. 1990. 354 с.
7. Божович Л. И. Проблемы формирования личности / под ред. Д.И. Фельдштейна. Воронеж, 1995. 352 с.
8. Бранч Р., Уиллсон Р. Когнитивно-поведенческая терапия для чайников. 2019. 198 с.
9. Браун Д. Введение в психотерапию: принципы и практика психодинамики. М.: Класс, 2008. 224 с.
10. Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. Словарь-справочник по психологической диагностике. Киев.: Наукова думка, 1989. 165 с.
11. 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). С. 90-95.

12. Галкина Е. А., Дегтярев А. В. Отклоняющееся поведение и аутоагрессия у несовершеннолетних с модификациями тела // Психология и право. 2015. Том. 5. № 1. С. 90-107.

13. Гаранина Е. Ю. Психологическая коррекция при терапии ожирения: влияние на показатели тревожности // Психология. 2020. №3. С. 280-282. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskaya-korreksiya-pri-terapii-ozhireniya-vliyanie-na-pokazateli-trevozhnosti> (дата обращения: 19.07.2024).

14. Гарифулина Л. М., Холмурадова З. Э., Лим М. В., Лим В. И. Психологический статус и пищевое поведение у детей с ожирением // Психология медицины. 2023. С. 45-50. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskii-status-i-pischevye-povedenie-u-detey-s-ozhireniem> (дата обращения: 16.07.2024).

15. Дурнева М. Ю., Мешкова Т.А. Влияние социокультурных стандартов привлекательности на формирование отношения к телу и пищевого поведения у девушек подросткового и юношеского возраста. М.: Психологическая наука и образование, 2013. 246 с.

16. Завалко А. Ф., Лысов Н. А., Прохоренко И. О. Использование магнитолазеротерапии в коррекции уровня тревожности у женщин с метаболическим синдромом // Вестник новых медицинских технологий. 2010. Т. 7. №3. С. 87-88. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ispolzovanie-magnitolazeroterapii-v-korreksii-urovnya-trevozhnosti-u-zhenschin-s-metabolicheskim-sindromom> (дата обращения: 18.07.2024).

17. Заусенко И. В. Связь тревожности и мотивации к обучению у студентов. Екатеринбург, ГРНТИ, 2020. С. 90-97 URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/svyaz-trevozhnosti-i-motivatsii-k-obucheniyu-u-studentov/viewer> (дата обращения: 20.07.2024).

18. Зданович А. И., Затей А. О. Связь уровня личностной тревожности с рисками развития нарушений пищевого поведения у студентов курского государственного медицинского университета //

Материалы VII Международной научно-практической конференции. Гомель. 2018. С. 35-37. URL: <https://gsmu.by/file/konferen/2018/12.pdf#page=35> (дата обращения: 17.07.2024).

19. Ильчик О. А., Сивуха С. В., Скугаревский О. А., Суихи С. Русскоязычная адаптация методики «Шкала оценки пищевого поведения» // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология, 2011. №1.

20. Как изменились образ жизни и здоровье россиян в 2023 году // НАФИ. Аналитический центр. 2024. URL: <https://nafi.ru/analytics/kak-izmenilis-obraz-zhizni-i-zdorove-rossiyan-v-2023-godu/> (дата обращения: 05.07.2024).

21. Келина М. Ю. Социокультурные факторы формирования неудовлетворенности телом и нарушений пищевого поведения // Вести Московского государственного лингвистического университета. 2012. Вып. 7 (640). С. 158-165.

22. Кириленко, Е. С., Касперович Р. И. Депрессия и тревожность: изменение пищевого поведения // Актуальные проблемы современной медицины и фармации 2022: сб. материалы докл. LXXVI Междунар. науч.-практ. конф. студенты и молодые ученые, Минск, 20-21 апр. 2022 г. / под ред. С. П. Рубниковича, В. А. Филонюка. Минск, 2022. С. 922-926. URL: <https://rep.bsmu.by/handle/BSMU/39703> (дата обращения: 25.07.2024).

23. Кнаус У. Дж. Когнитивно-поведенческая терапия тревоги. Пошаговая программа. Рабочая тетрадь. 2019. 134 с.

24. Коган Б. М., Дроздов А. З. Системная взаимосвязь механизмов психологической защиты и личностных характеристик девушек с несуицидальным самоповреждающим поведением // Системная психология и социология. 2019. № 2 (30). С. 5-12.

25. Кононов А. Н., Комиссарова А. С. Особенности поведения тревожных подростков // Вестник МГОУ. 2019. №1. С. 6-16. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-povedeniya-trevozhnyh-podrostkov> (дата обращения: 23.07.2024).

26. Конышев В. А. Питание и регулирующие системы организма. М.: Медицина, 1985. 223 с.
27. Кочубей Б. И., Новикова Е. В. Эмоциональная устойчивость школьника. М.: Знание, 1988. 80 с.
28. Кузьмина И. М. Исследование психологических особенности лиц с нарушениями пищевого поведения // Вопросы студенческой науки. 2019. №11. С. 127-127. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-psihologicheskikh-osobennosti-lits-s-narusheniyami-pischevogo-povedeniya> (дата обращения: 25.07.2024).
29. Кэррол Э. Психология эмоций. СПб.: Питер, 2000. 464 с. URL: http://www.many-books.org/auth/3949/book/11496/izard_kerrol_e/psihologiya_emotsiy/read (дата обращения: 20.07.2024).
30. Левитов Н. Д. Психология характера. М.: Просвещение, 1969. 391 с.
31. Лейбин В. М. Психоанализ: Учебное пособие. 2-е изд. Минск, 2019. 344 с.
32. Леонова Е. Н. Социально-психологические типы пищевого поведения // Вестник Удмуртского университета. 2017. Т. 1. №2. С. 174-181. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-psihologicheskie-tipy-pischevogo-povedeniya> (дата обращения: 18.07.2024).
33. Ляпина М. В. Характеристика нарушений пищевого поведения и личностно-эмоциональной сферы у лиц молодого возраста с ожирением // Клиническая медицина. 2017. №1. С. 56-58. URL: https://www.igma.ru/attachments/article/868/N1_2017.pdf#page=57 (дата обращения: 15.07.2024).
34. Макаренко А. А. Взаимосвязь тревожности и нарушений пищевого поведения // Психологический Vademecum: профессиональный рост личности в поликультурной среде: региональный аспект : сборник научных статей. Витебск : ВГУ имени П. М. Машерова, 2023. С. 202–205. URL: <https://rep.vsu.by/handle/123456789/41087> (дата обращения: 16.07.2024).

35. Малкина-Пых И. Г. Терапия пищевого поведения : справочник практического психолога. М.: Эксмо, 2007. 1040 с.
36. Маслова Т. М. Тревожность личности как фактор развития стрессоустойчивости. 2019. 293 с.
37. Матвеев А. А. Репрезентация эмоций у больных нервной булимией // Вестник Московского университета. 2008. №4. С.38-53.
38. Мешкова Т. А. Роль наследственности и среды в этиологии нарушений пищевого поведения. II. Обзор близнецовых исследований. // Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. № 2. С. 1–24. URL: https://psyjournals.ru/journals/cpse/archive/2015_n2/Meshkova (дата обращения: 16.07.2024).
39. Мэй, Р. Смысл тревоги. М., 2001. 254 с.
40. Николаева Н. О., Мешкова Т. А. Нарушения пищевого поведения: социальные, семейные и биологические предпосылки // Научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин. 2011. №1. С. 39-49. URL: <http://www.acpp.ru/data/materials/jornal/2011-1.pdf> (дата обращения: 20.07.2024).
41. Николаева Н. О. История и современное состояние исследований нарушений пищевого поведения (культурные и психологические аспекты) // Клиническая и специальная психология. 2012. Том 1. № 1. URL: https://psyjournals.ru/journals/cpse/archive/2012_n1/49969 (дата обращения: 20.07.2024).
42. Овчарова Р. В. Психологические особенности женщин с нарушениями пищевого поведения // Вестник КГУ. 2016. №2. С. 91-97. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-osobennosti-zhenschin-s-narusheniyami-pischevogo-povedeniya> (дата обращения: 19.07.2024).
43. Павловская Е. В. Нарушения пищевого поведения у детей раннего возраста: современные подходы к диагностике и коррекции // Медицинский совет. 2021. С. 32-39. URL:

<https://cyberleninka.ru/article/n/narusheniya-pischevogo-povedeniya-u-detey-rannego-vozrasta-sovremennye-podhody-k-diagnosticske-i-korreksii> (дата обращения: 16.07.2024).

44. Парфенова Г. Л., Ляшенко Д. Н. Психологические аспекты нарушений пищевого поведения и их профилактика // Вестник АГПУ. 2024. №31. С. 101-108. URL: <https://journals-altspu.ru/vestnik/article/view/908> (дата обращения: 14.07.2024).

45. Петрова Е. А., Петунина С. В. Психологические особенности женщин с нарушениями пищевого поведения // Международный журнал медицины и психологии. 2020. Т. 3. №5. С. 21-26. URL: <https://ijmp.ru/wp-content/uploads/2020/12/petrova.pdf> (дата обращения: 19.07.2024).

46. Полякова Е. Я., Пашкова М. В. Личностная тревожность и глубинные влечения у больных алиментарным ожирением: клинико-психологические аспекты // Вестник КГУ. 2010. №4. С. 227-231. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/lichnostnaya-trevozhnost-i-glubinnye-vlecheniya-u-bolnyh-alimentarnym-ozhireniem-kliniko-psihologicheskie-aspekty> (дата обращения: 26.07.2024).

47. Прихожан А. М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. М., 2000. 304 с.

48. Проскурякова Л. А. Нарушение пищевого поведения и риск его развития у студентов в зависимости от уровня личностной тревожности // Вестник КГУ. 2019. №21. С. 121-129. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/narushenie-pischevogo-povedeniya-i-risk-ego-razvitiya-u-studentov-v-zavisimosti-ot-urovnya-lichnostnoy-trevozhnosti> (дата обращения: 25.07.2024).

49. Психология. Словарь / под ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. М., Просвещение 2006. 430 с.

50. Основы морфологии и физиологии организма детей и подростков / под ред. А. А. Маркосяна. М.: Медицина, 1969. 574 с.

51. Рогов Е. И. Настольная книга практического психолога в образовании: Учебное пособие. М.: ВЛАДОС, 1996. 234 с.
52. Розенберг Л., Гай Д. Секреты медитативного дыхания, медитация випассана. М.: Глобус, 2006. 287 с.
53. Ромацкий В. В., Семин И. Р. Феноменология и классификация нарушений пищевого поведения // Биллетень сибирской медицины. 2006. №3. С. 61-69. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/fenomenologiya-i-klassifikatsiya-narusheniy-pischevogo-povedeniya-analiticheskiy-obzor-literatury-chast-i> (дата обращения: 20.07.2024).
54. РПП и опасность суицида // Клиника «Феникс». 2022. URL: <https://centerphoenix.ru/2022-jun-rpp-suicid/> (дата обращения: 19.07.2024).
55. Самсонова К. А. Нарушения пищевого поведения и регуляция эмоций // Вестник РАНХиГС. 2022. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/narusheniya-pischevogo-povedeniya-i-regulyatsiya-emotsiy> (дата обращения: 19.07.2024).
56. Сидоров К. Р. Тревожность как психологический феномен // Вестник Удмуртского университета. 2013. №3. 2023.
57. Симченко И. А., Ярова С. В. Взаимосвязь уровней тревожности с нарушением пищевого поведения у студентов первого курса // III Региональная научно-практическая конференция. 2022. С. 132-135.
58. Скугаревский О. А. Нарушения пищевого поведения. Минск, 2007. 342 с.
59. Спилбергер Ч. Д., Ханин Ю. Л. Коррекция повышения тревожности детей. СПб., 2001. 214 с.
60. Суворова В. В. Расстройства пищевого поведения, их распространённость среди молодых людей // Материалы всероссийского научного форума студентов с международным участием «СТУДЕНЧЕСКАЯ НАУКА - 2021». 2021.

61. Тревога. Тревожность. Явления тревожного ряда: Психологический словарь / под ред. В.П. Зиненко, Б.Г. Мещерякова. М.: Педагогика-Пресс, 1999. 490 с.
62. Труфанова О. К. Психологические факторы нарушений пищевого поведения // Инновационная наука: психология, педагогика, дефектология. 2018. Т.1 . №2. С. 56-67. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-factory-narusheniy-pischevogo-povedeniya> (дата обращения: 18.07.2024).
63. Федоров А. П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. СПб.: Питер, 2002. 352 с.
64. Флинн Уокер Б. С тобой интересно! 2022. 224 с. URL: https://www.mann-ivanov-ferber.ru/assets/media/files-3/social-anxiety-relief-for-teens/S-toboi-interesno_mail_stamped.pdf?srsltid=AfmBOopp4S26ZhgpK5GNI3o07dqk_3F8f88rkP4wTOGJ88YMP10q8mhD (дата обращения: 19.07.2024).
65. Фрейд З. Запрещение, симптом и страх // Тревога и тревожность : хрестоматия : учебное пособие / сост. В.М. Астапов. СПб: Питер, 2001.
66. Ханин Ю. Л. Исследование тревоги в спорте // Вопросы психологии. 1997. №3.
67. Ханин Ю. Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Спилбергера. Л.: ЛНИИФК, 1976.
68. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. М., 2004.
69. Цацулин А. Н., Цацулин Б. А. Нервная орторексия – психическая болезнь XXI века или нарастающее стремление повысить качество собственной жизни? // Научные труды Северо-Западного института управления РАНХиГС. 2019. Т. 10. № 2 (39). С. 354-368.
70. Черепанова Е. Н. Психопрофилактика стресса. М.: Инфра, 1999. 240с.
71. Чернигова А. Я. Техника Психология 2013. URL: <https://azps.ru/training/indexst.html> (дата обращения: 20.07.2024).
72. Ярмонова А. А. Тревожность у девушек студенток с разными

типами пищевого поведения // Сборник научных статей XII Международной научно-практической конференции. 2023. С. 243-247.

73. Carraca E. V., Leong S. L., Horwath C. C. Weight-Focused Physical Activity Is Associated with Poorer Eating Motivation Quality and Lower Intuitive Eating in Women // Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics. 2018. Volume 119. Issue 5 (Cover date: May 2019). P. 750-759.

74. Frankoa D. L., Striegel-Mooreb R. H. The role of body dissatisfaction as a risk factor for depression in adolescent girls are the differences Black and White? // Journal of Psychosomatic Research. 2002.

75. MacNeil L., Esposito-Smythers Ch., Weismore J. The effects of avoidance coping and coping self-efficacy on eating disorder attitudes and behaviors: A stress-diathesis model // Eating Behaviors. 2012. Volume 13. Issue 4. P. 293-296.

76. Miotto P. Pollini B., Restaneo An., Favaretto G., Preti An. Aggressiveness, anger, and hostility in eating disorders // Comprehensive Psychiatry. 2008. Volume 49. Issue 4. P. 364-373.

77. Mitchell J. E. Bulimia Nervosa // ... J. Marino, in Encyclopedia of Human Behavior (Second Edition), 2012.

78. Patton G., Selzer R., Coffey C. et al. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years // Brit. Med. J. 1999. № 318. P. 765-768.

79. Pini E. Caslini M., Clerici M. Defense mechanisms, personality disorders and eating disorders: a comparison // European Psychiatry. 2013. Volume 28, Supplement 1. P. 1.

80. Rogers C. R. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change // Journal of Consulting and Clinical Psychology, 21: 1957. P. 95-103.

Приложение А

Протокол результатов диагностики респондентов

Таблица А.1 – Протокол результатов диагностики респондентов

«Шкала оценки пищевого поведения, EDI»							«Опросни к пищевых предпочт ений, EAT-26»	«Шкала личностной тревожност и Спилбергер а-Ханина»
Стремление к худобе	Булимия	Неудовлетвореннос ть	Неэффективность	Перфекционизм	Недоверие	некомпетентность		
6	6	5	6	6	6	9	14	38
6	8	8	7	0	7	5	9	58
3	6	6	6	3	5	7	9	40
7	8	8	7	6	7	7	12	54
6	6	6	5	7	5	9	17	40
8	8	8	9	6	8	9	4	46
6	8	8	9	5	8	7	9	53
3	6	5	6	0	5	0	5	35
6	0	7	7	0	7	6	9	47
5	5	4	5	5	5	8	10	41
3	7	8	7	0	8	6	8	46
6	4	4	5	3	6	0	20	42
3	8	8	8	0	7	5	24	48
6	9	8	9	0	8	6	5	50
4	6	6	7	0	6	5	8	40
5	8	9	9	0	8	6	16	53
3	8	8	8	3	8	6	20	49
3	8	8	8	0	9	5	7	47
3	7	7	7	3	9	5	5	46
7	6	9	8	3	6	6	35	49
6	9	9	9	0	9	7	8	54
7	7	8	9	0	9	6	12	59
6	6	5	5	0	4	5	8	43
8	6	7	8	3	8	7	22	57
3	6	5	5	3	7	0	4	40
3	6	4	6	0	6	0	4	37
6	6	7	6	4	7	7	14	56
6	4	5	5	3	4	6	9	43
3	4	4	6	0	7	0	3	45
6	9	8	9	3	9	6	11	66
5	0	6	5	4	6	0	6	47
3	6	5	5	3	6	0	3	42
6	7	6	7	3	6	6	9	36
5	7	6	7	3	6	6	18	36

Продолжение приложения А

Продолжение таблицы А.1

6	8	8	9	5	9	9	18	60
5	7	7	7	0	6	6	6	50
2	0	5	7	0	6	0	10	42
6	7	7	7	6	8	9	14	38
5	6	9	7	0	8	5	9	58
2	6	6	4	3	5	7	9	40
7	8	8	6	6	7	7	12	54
6	8	7	7	7	7	9	17	40
6	7	8	7	0	8	6	9	47
5	7	7	7	5	7	8	10	41
2	7	5	7	0	8	6	8	46
6	7	5	7	3	6	0	20	42
2	7	8	8	0	8	5	24	48
6	8	9	8	0	8	6	5	50
2	6	6	7	0	7	0	3	45
6	9	8	9	3	9	6	11	66