

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 Особенности взаимосвязи нарушения пищевого поведения
с самооценкой и образом тела у женщин

Обучающийся

И.В. Денисова

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Научный

канд. психол. наук, И.В. Кулагина

руководитель

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

Оглавление

Введение	3
Глава 1 Теоретические основы взаимосвязи нарушения пищевого поведения, самооценки и образа тела у женщин	9
1.1 Понятие пищевого поведения в психологических исследованиях.....	9
1.2 Психологические особенности личности с пищевым расстройством поведения.....	16
1.3 Психологические аспекты самооценки и образа тела у женщин.....	28
1.4 Взаимосвязь нарушения пищевого поведения с самооценкой и образом тела: обзор исследований.....	37
Глава 2 Эмпирическое исследование особенностей взаимосвязи нарушения пищевого поведения с самооценкой и образом тела у женщин	42
2.1 Организация и методы эмпирического исследования.....	42
2.2 Анализ результатов исследования взаимосвязи нарушения пищевого поведения, самооценки и образа тела	45
2.3. Психологические рекомендации развития самооценки и позитивного отношения к образу собственного тела.....	65
Заключение	68
Список используемой литературы.....	71

Введение

Актуальность исследования. Нарушения пищевого поведения представляют собой серьезную психологическую и социальную проблему, особенно среди женщин. Расстройства, такие как нервная анорексия, булимия и компульсивное переедание, часто связаны с искаженным восприятием собственного тела и низкой самооценкой. В современном обществе, где внешность и соответствие идеализированным стандартам красоты играют значительную роль, многие женщины испытывают неудовлетворенность своим телом, что может приводить к развитию дезадаптивных пищевых привычек и эмоциональным нарушениям.

Образ тела и самооценка являются ключевыми факторами, оказывающими эффект на психологическое благополучие женщины. Образ тела включает в себя не только восприятие физических параметров, но и эмоциональное отношение к себе, что напрямую связано с самооценкой. Исследования (Т.Ф. Кэш, Р. Бернс, Н. Рамси, В.Г. Рагозинская и другие) показывают, что негативное восприятие собственной внешности и заниженная самооценка могут выступать предикторами развития нарушений пищевого поведения. Однако механизмы взаимосвязи между этими феноменами требуют дальнейшего изучения, особенно с учетом возрастных и социокультурных особенностей.

Несмотря на активное изучение нарушения пищевого поведения в психологии, остается недостаточно исследованным вопрос о том, как именно самооценка и образ тела взаимодействуют у женщин с разными типами пищевых расстройств. Существует явное противоречие между стремлением женщин соответствовать социальным стандартам красоты и их реальным психофизиологическим состоянием, что может приводить к дисфункциональным стратегиям поведения, включая жесткие диеты, чрезмерные физические нагрузки или, наоборот, избегание социальных контактов из-за стыда за свое тело.

Актуальность данного исследования заключается в необходимости системного анализа взаимосвязи между нарушениями пищевого поведения, самооценкой и образом тела у женщин. Полученные данные могут быть использованы для разработки психокоррекционных программ, направленных на формирование здорового образа тела, повышение самооценки и профилактику расстройств пищевого поведения. Практическая значимость работы также заключается в возможности применения результатов в консультативной и клинической психологии, а также в рамках программ психологического просвещения, направленных на укрепление психического здоровья женщин.

Таким образом, изучение особенностей взаимосвязи нарушения пищевого поведения с самооценкой и образом тела у женщин представляет собой важную научную и социальную задачу, решение которой будет способствовать развитию эффективных методов психологической помощи и поддержки.

Образ собственного тела является одной из наиболее популярных тем в современной психологии на протяжении последнего десятилетия. Образ тела – это многомерный конструкт, который включает в себя восприятие и отношение к себе, связанные с собственным телом, включая мысли, убеждения, чувства и поведение. Обычно он включает оценку размера тела, привлекательность тела и эмоции, связанные с формой и размерами тела. Есть два аспекта, связанных с образом тела: неправильное восприятие веса (аспект восприятия образа тела, связанный с завышенной или заниженной оценкой веса) и неудовлетворенность своим телом. Образ собственного тела активно исследуется и его связи с различными личностными аспектами (Т.Ф. Кэш, Р. Бернс, Н. Рамси, В.Г. Рагозинская и другие).

Цель исследования: изучение взаимосвязи нарушения пищевого поведения с самооценкой и образом тела у женщин.

Объект исследования: нарушения пищевого поведения у женщин.

Предмет исследования: взаимосвязь нарушения пищевого поведения с самооценкой и образом тела у женщин.

Гипотеза исследования: мы предполагаем, что существует взаимосвязь нарушения пищевого поведения с самооценкой и образом тела у женщин.

Частные гипотезы:

- женщины с более выраженными нарушениями пищевого поведения будут демонстрировать более низкий уровень самооценки;
- у женщин с низкой удовлетворенностью телом будет наблюдаться более высокий уровень эмоционального и ограничительного типов пищевого поведения.

Задачи исследования:

- провести анализ понятия пищевого поведения в психологических исследованиях и психологических особенностей личности с пищевым расстройством поведения. Рассмотреть психологические аспекты самооценки и образа тела у женщин;
- проанализировать исследования связи нарушения пищевого поведения с самооценкой и образом тела: обзор исследований;
- провести диагностику самооценки и образа тела у женщин;
- проанализировать взаимосвязь нарушения пищевого поведения с самооценкой и образом тела у женщин;
- разработать психологические рекомендации развития самооценки и позитивного отношения к образу собственного тела.

Теоретико-методологической основой исследования стали работы отечественных и зарубежных исследователей по проблеме взаимосвязи нарушений пищевого поведения с самооценкой и образом тела у женщин Т.Ф. Кэша, Р. Бернса, Н. Рамси, В.Г. Рагозинской, К.Н. Белогай, О.А. Скугаревского, И.Г. Малкиной-Пых, М.В. Коркиной, А.А. Золотаревой, А.Г. Чеславской, М.Ю. Дурневой, Т. Ван Стриен, Л. Авалос, Т. Тилка, П. Шильдера, Х. Бруха, П. Кила, К.Дж. Форни и других.

Методы исследования: для решения поставленных задач в работе использовались теоретические и эмпирические методы исследования:

- теоретический анализ психологической литературы по изучаемой теме;

– качественный и количественный анализ результатов эмпирического исследования с применением методов математической статистики.

Методики исследования:

– голландский опросник пищевого поведения (DEBQ) Т. Ван Стриен и другие;

– шкала самоуважения М. Розенберга (RSES) в адаптации А.А. Золотаревой;

– опросник самооценки Б. Уайнхолд в адаптации А.Г. Чеславской;

– шкала удовлетворенности телом (BAS) Л. Авалос, Т. Тилка и другие в адаптации М.Ю. Дурневой;

– опросник образа собственного тела (ООСТ) в адаптации О.А. Скугаревского, С.В. Сивухи.

В опытно-экспериментальной работе приняли участие 60 человек: первая группа: 30 человек в возрасте 25-35 лет (ранняя зрелость); вторая группа: 30 человек в возрасте 36-45 лет (средняя зрелость).

Научная новизна исследования заключается в уточнении особенностей нарушения пищевого поведения в рамках изучения его связи с самооценкой и образом тела у женщин; в исследовании различий связей нарушения пищевого поведения с самооценкой и образом тела у женщин ранней и средней зрелости женщин; в разработке психологических рекомендаций развития самооценки и позитивного отношения к образу собственного тела.

Теоретическая значимость: в ходе исследования всесторонне раскрыты особенности взаимосвязи нарушений пищевого поведения с самооценкой и образом тела у женщин. Полученные данные вносят вклад в развитие психологии личности, клинической психологии и психологии здоровья, углубляя понимание того, как негативный образ тела и заниженная самооценка способствуют формированию и поддержанию расстройств пищевого поведения.

Практическая значимость исследования Получены данные о специфике нарушений пищевого поведения, самооценки и образа тела у женщин.

Разработаны психологические рекомендации развития самооценки и позитивного отношения к образу собственного тела у женщин.

Полученные результаты о самооценки и об отношении к образу собственного тела у женщин, возможно применять для коррекции негативного отношения к себе и оптимизации нарушений пищевого поведения. На основании результатов исследования могут быть разработаны индивидуальные программы, направленные на оказание помощи женщинам, имеющим нарушения пищевого поведения и негативные самооценка и восприятие своего тела.

Научная достоверность результатов и обоснованность выводов исследования обеспечены использованием современной методологии научного познания; последовательной реализацией исходных теоретических положений и терминологического аппарата исследования, основанного на фундаментальных отечественных и зарубежных исследованиях в области психологии; использованием методов исследования, адекватных его задачам; репрезентативность выборки; применением методов математической статистики.

Личное участие автора исследования заключалось в разработке экспериментального плана, выборе методик для проведения теоретической и экспериментальной части исследования.

Положения, выносимые на защиту:

- женщины обладают следующими психологическими особенностями: выраженная отрицательная корреляция между ограничительным пищевым поведением и самоуважением, положительная связь эмоциогенного пищевого поведения с самоуничижением, а также взаимосвязь низкой самооценки с нарушениями пищевого поведения.
- у женщин с нарушениями пищевого поведения выявлены возрастные различия во взаимосвязях изучаемых параметров: в группе 25-35 лет обнаружены более сильные корреляции между ограничительным пищевым поведением и самооценкой, чем в группе 36-45 лет. При этом у

женщин в возрасте 36-45 лет выявлена значимая отрицательная связь экстернального пищевого поведения с самоуважением, отсутствующая в группе 25-35 лет.

– разработаны практические рекомендации для психологов и специалистов по коррекции пищевого поведения, включающие: техники формирования позитивного образа тела, методы развития навыков эмоциональной регуляции, альтернативных пищевому поведению и техники повышения самооценки и самопринятия. Особое внимание уделено профилактике нарушений пищевого поведения у женщин в возрасте 25-35 лет.

Структура и объем магистерской диссертации. Работа состоит из введения, двух глав (теоретическая и экспериментальная), выводов, заключения, списка используемой литературы. В работе представлены 5 рисунков, 11 таблиц. Основной текст работы изложен на 76 страницах.

Глава 1 Теоретические основы взаимосвязи нарушения пищевого поведения, самооценки и образа тела у женщин

1.1 Понятие пищевого поведения в психологических исследованиях

Расстройства пищевого поведения представляют собой комплексные психопатологические синдромы, основными проявлениями которых выступают аномальные пищевые привычки, дисморфофобические переживания и гипертрофированная фиксация на вопросах питания и массы тела. Данные нарушения распространены среди различных демографических групп, не имея четкой возрастной или гендерной специфики [61, 62].

Пищевое поведение понимается как система индивидуальных установок по отношению к питанию, включающая повседневные пищевые привычки, стратегии совладания со стрессом через еду, а также действия, направленные на коррекцию телесного образа. В норме оно характеризуется сбалансированностью, однако при определенных условиях приобретает девиантный характер, что обусловлено местом пищи в ценностной иерархии личности и особенностями пищевого рациона [37].

Клинические формы расстройств пищевого поведения классифицируются как психические заболевания с выраженной поведенческой симптоматикой, связанной с питанием. Ключевыми психологическими механизмами выступают навязчивые мысли о еде, патологическая озабоченность массой тела и внешностью, заниженная самооценка и когнитивные искажения в восприятии собственной телесности [62].

Согласно классификации DSM-5 (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам Американской психиатрической ассоциации), выделяют пять ключевых категорий нарушений пищевого поведения: нервная анорексия, нервная булимия, расстройство переедания, специфические нарушения питания, иные расстройства пищевого поведения

неуточнённого генеза [32].

Нервная анорексия представляет собой психопатологический синдром, основными клиническими маркерами которого выступают: навязчивое стремление к снижению веса, жёсткие ограничения в питании, патологический страх перед увеличением массы тела, искажённая оценка собственной телесности, отсутствие критики к своему состоянию.

Значительный вклад в исследование данной патологии внесла М.В. Коркина, которая акцентировала роль дисморфофобических и дисморфоманических переживаний в генезе пищевых девиаций, особенно в контексте формирования фобии набора веса. Пик манифестации заболевания приходится на пубертатный период, с выраженной гендерной диспропорцией: распространённость среди женской популяции составляет 1,2%, тогда как среди мужской – лишь 0,2% [26].

Нервная булимия представляет собой психосоматическое расстройство, основными диагностическими критериями которого выступают: патологическая фиксация на телесном образе, повторяющиеся эпизоды компульсивного переедания с утратой контроля над пищевым поведением, регулярное применение компенсаторных механизмов (искусственная провокация рвоты, злоупотребление диуретиками, избыточные физические нагрузки).

Для постановки диагноза требуется наличие указанной симптоматики не менее одного раза в неделю в течение трехмесячного периода. Патология вызывает серьезные соматические осложнения, включая: электролитный дисбаланс, функциональные нарушения ЖКТ и деструкцию зубной эмали.

Эпидемиологические данные свидетельствуют о гендерной диспропорции: распространённость среди женской популяции достигает 4%, тогда как среди мужчин не превышает 1%. Хронический характер течения, низкая осознанность болезни и склонность к диссимуляции существенно затрудняют диагностику и терапию данных состояний [30].

Компульсивное переедание – отличается регулярными приступами

неконтролируемого потребления пищи без последующего очищения, что часто приводит к развитию ожирения [56].

Расстройства приёма пищи можно условно распределить по степени выраженности аномалий массы тела. На одном полюсе данного спектра находится нервная анорексия с характерным критическим снижением веса, в средней части – нервная булимия (с показателями массы тела, приближенными к норме или превышающими её, что зависит от интенсивности компенсаторных практик), а на противоположном конце – компульсивное переедание, ведущее к избыточной массе тела или ожирению. Несмотря на различия в клинических проявлениях, все эти состояния обладают рядом общих патопсихологических черт. Более того, в динамике заболевания нередко наблюдается трансформация одной формы расстройства в другую [30].

Долгосрочные катамнестические исследования демонстрируют вариабельность показателей ремиссии: при нервной анорексии: 29-68% случаев (при наблюдении от 2,5 до 10 лет); при нервной булимии: 29-70% случаев (при аналогичных сроках наблюдения).

Полученные данные подтверждают хронический характер течения патологии с высокой вероятностью пожизненной персистенции симптоматики. Клинически значимым феноменом выступает трансформация одной формы расстройства в другую: переход анорексии в булимию: 8-54% случаев, обратная трансформация: 4-27% случаев.

Наибольшая вероятность метаморфоза отмечается в первые 5 лет заболевания. Летальность при нервной анорексии достигает 5%, тогда как при булимии смертельные исходы регистрируются значительно реже. Однако коморбидное течение с другими психическими расстройствами увеличивает риск летального исхода до 5-18% [32].

Нарушения пищевого поведения часто обусловлены гиперчувствительностью к внешним пищевым стимулам, что сочетается с нарушенной способностью адекватно распознавать сигналы голода и

насыщения. Данная дисфункция провоцирует как эпизоды неконтролируемого потребления пищи, так и компульсивные попытки снижения веса. В основе этих процессов лежит негативная самооценка, проявляющаяся в отвержении собственной телесности и внешности, что существенно влияет на личностное функционирование и качество социальных контактов. Подобная дисгармония неизбежно приводит к формированию аутоагрессивных паттернов поведения и эмоциональной подавленности [37].

В ситуациях психологического дискомфорта чрезмерное потребление пищи выступает в качестве дезадаптивного механизма регуляции эмоционального состояния, временно снижая уровень напряжения. При этом у лиц, практикующих жесткие диетические ограничения, отмечается выраженное искажение образа тела по типу дисморфофобии. Важным этиологическим фактором развития пищевых расстройств выступает нарушение границ психологического пространства личности, что требует тщательного анализа сложившихся когнитивных установок и глубинных убеждений [15].

Помимо характерных переживаний стыда и вины, у пациентов с пищевыми нарушениями регулярно диагностируются депрессивные состояния и заниженная самооценка. Социальная стигматизация подобных расстройств существенно затрудняет процессы социальной адаптации и интеграции [30, 63].

Физиологическая основа пищевой потребности тесно переплетается с психологическими особенностями личности и социокультурными детерминантами. Процесс питания выполняет не только биологическую функцию утоления голода, но и несет в себе глубокий символический смысл, отражая эстетические, мифологические, религиозные, социальные и этические аспекты человеческого существования [37]. Мотивационная структура нарушенного пищевого поведения включает несколько ключевых компонентов: стремление к социальной адаптации, гедонистическую

составляющую, механизмы психологической защиты от негативных переживаний и потребность в социальном одобрении.

Расстройства пищевого поведения представляют собой комплексную медико-психологическую проблему, требующую комплексного рассмотрения. Современная научная парадигма предполагает анализ данных нарушений через призму биопсихосоциальной модели, интегрирующей влияние биологических предпосылок, психологических особенностей, социального окружения, генетической предрасположенности и семейных паттернов [34]. Следует подчеркнуть, что пищевое поведение выступает адаптационным механизмом, направленным на поддержание гомеостатического равновесия, причем особое значение имеет биоэнергетический баланс, обеспечивающий как физиологическое функционирование организма, так и психическую деятельность [30]. Патологические формы пищевого поведения представляют особый интерес для исследователей, поскольку позволяют изучать долгосрочные последствия систематических нарушений пищевого режима.

В современной психологии расстройства пищевого поведения часто интерпретируются как одна из форм аддикции. Пищевая аддикция формируется, когда еда начинает выполнять компенсаторную функцию, позволяя индивиду избегать дискомфортных переживаний и неприемлемых аспектов субъективной реальности. Разнообразные негативные эмоциональные состояния, включая скуку, фрустрацию, апатию, тревогу и раздражение, находят свое выражение через девиантные пищевые практики [15]. Особого внимания заслуживает феномен тревожности, которая возникает как психоэмоциональный ответ на стрессогенные факторы.

Исследования демонстрируют существенные различия в уровне тревожности: лица с нормальным весом характеризуются пониженными показателями, тогда как у людей с избыточной массой тела отмечается повышенный уровень тревожности, проявляющийся в постоянном напряжении, чувстве беспомощности и состоянии неопределенности [37].

При этом социальная поддержка и принятие со стороны значимого окружения выступают важными протективными факторами, способствующими снижению тревожно-мнительных состояний и поддержанию психологического равновесия [11, 50].

Современные исследования в области психопатологии питания демонстрируют повышенный интерес ученых к изучению причин возникновения пищевых расстройств. Проведенный обзор научной литературы демонстрирует стабильную взаимосвязь характеристик отношений между родителями и детьми и становлением дезадаптивных моделей питания. Эмпирические данные убедительно свидетельствуют о влиянии семейного контекста на риск возникновения нервной анорексии и булимии, акцентируя первостепенное значение семейной психотерапии в системе лечения, чья результативность зачастую превышает эффективность индивидуальной работы с пациентом [52].

Патогенез расстройств пищевого поведения является многокомпонентной системой, объединяющей наследственные факторы, внутрисемейные установки, нейробиологические процессы, психологические черты индивида, а также влияние социокультурной среды [30].

С позиций нейробиологии существует аргументированная гипотеза о первоначальных сбоях в функционировании оси «гипоталамус-гипофиз-надпочечники», регулирующей пищевое поведение, метаболизм нейромедиаторов (серотонина, дофамина, норадреналина) и реакцию организма на стресс. Исследования в области генетики позволили установить специфические закономерности: в семьях с множественными случаями сходных расстройств выявлены уникальные хромосомные отклонения – у лиц с анорексией обнаружены особенности на 1, 3 и 4 хромосомах, в то время как у пациентов с булимией идентифицированы маркеры на 10 хромосоме.

Социокультурный контекст современного общества поддерживает патогенную гипотезу о влиянии культивируемого идеала чрезмерной худобы как социально одобряемого стандарта красоты и жизненного успеха [4]. Эта

искусственно навязываемая эстетическая парадигма создает дополнительный фактор риска развития дисморфических расстройств и сопутствующих нарушений пищевого поведения, формируя искаженное восприятие телесности и нереалистичные стандарты самовосприятия.

С психологической точки зрения, особенности личностного развития, нарушения пищевого восприятия и пережитые в раннем детстве психотравмирующие ситуации существенно увеличивают вероятность формирования патологических пищевых стереотипов. Для пациенток с диагнозом нервная анорексия характерен специфический личностный профиль, включающий выраженный перфекционизм, заниженную самооценку, склонность к игнорированию собственных физиологических потребностей при гипертрофированной ориентации на удовлетворение запросов окружающих. В клинической картине нервной булимии чаще наблюдаются такие черты как импульсивность, недостаточность волевой регуляции, негативная самооценка и проявления асоциального поведения [10, 51].

Многочисленные исследования семейной динамики подтверждают значительное влияние микросоциального окружения на вероятность развития пищевых расстройств у отдельных членов семьи. Особенности эмоциональной привязанности, специфика внутрисемейных взаимоотношений и нарушения в системе детско-родительского взаимодействия могут выступать значимыми предикторами возникновения психологических проблем и коммуникативных затруднений. Особенно деструктивным фактором является хроническое эмоциональное неприятие и гиперкритичность со стороны значимых взрослых, что нередко приводит к развитию депрессивных состояний и стойких нарушений пищевого поведения.

1.2 Психологические особенности личности с пищевым расстройством поведения

Пищевое поведение представляет собой многомерный феномен, интегрирующий психологические, биологические и социокультурные аспекты. Этот сложный механизм выполняет множество функций: служит средством регуляции эмоционального состояния, выступает источником гедонистического удовлетворения, играет значимую роль в социальных взаимодействиях, способствует формированию самооценки через призму культурных представлений о престижности питания и соответствующего внешнего облика, а также удовлетворяет эстетические запросы личности [33].

В контексте психологии расстройства пищевого поведения приобрели масштабы глобальной проблемы, где такие клинические проявления как анорексия и булимия стали распространенными социальными феноменами. Особую тревогу вызывает влияние модных тенденций в обществе, где культ худобы трансформируется в патологическое стремление к нездоровой худобе, провоцируя развитие серьезных психологических нарушений [18].

С психологической перспективы, акт приема пищи далеко не всегда обусловлен исключительно физиологической потребностью. Существуют теоретические положения, связывающие пищевые привычки с эмоциональными нарушениями – повышенной тревожностью, хроническим стрессом, депрессивными состояниями. Характер питания человека выступает своеобразным индикатором его психоэмоционального состояния. В ситуациях эмоциональной дестабилизации процесс потребления пищи выполняет компенсаторную функцию, создавая иллюзию психологического комфорта и безопасности. Особенно показательным является феномен соматизации агрессивных импульсов – когда подавленные эмоции, не находящие адекватного поведенческого выхода, трансформируются в психосоматические нарушения, негативно влияющие на пищеварительные процессы [35].

Анализ психологических характеристик лиц с нарушениями пищевого поведения представляет собой ключевой аспект как профилактических мероприятий, так и терапевтических вмешательств [21]. В последние десятилетия отмечается тревожная тенденция к увеличению распространённости данных расстройств, сопровождающаяся значительным омоложением контингента заболевших [13].

Этиопатогенез пищевых расстройств обусловлен комплексом взаимосвязанных факторов, среди которых особого внимания заслуживают следующие аспекты. Наследственная предрасположенность занимает важное место в структуре рисков развития патологического пищевого поведения. Наличие семейного анамнеза существенно повышает вероятность возникновения аналогичных расстройств у потомков, что подтверждается исследованиями, выявившими специфические генетические маркеры, ассоциированные с повышенной восприимчивостью к данным состояниям [25]. Психологический компонент патогенеза включает такие значимые элементы как негативная самооценка, дисморфофобические переживания, перфекционистические установки и ригидность когнитивно-поведенческих паттернов.

Как отмечают специалисты, для многих пациентов контроль над пищевым поведением становится компенсаторным механизмом регуляции эмоционального состояния и способом поддержания иллюзии контроля над собственной жизнью [37]. Не менее значимым является влияние социокультурного контекста, где пропаганда нереалистичных эталонов внешности через средства массовой информации создаёт почву для формирования негативного образа тела. Постоянное воздействие медиаконтента, акцентирующего значение худобы как социально одобряемого стандарта, существенно повышает риск развития неудовлетворённости собственным телом и сопутствующих нарушений пищевого поведения [9, 24].

Психотравмирующий опыт детского возраста, включающий случаи

физического или сексуального насилия, представляет собой значимый предиктор формирования нарушений пищевого поведения. В подобных случаях девиантные пищевые привычки могут выступать в качестве компенсаторного механизма, помогающего справляться с последствиями перенесённых психологических травм [23].

Лица с расстройствами пищевого поведения демонстрируют ряд характерных психологических особенностей, требующих детального рассмотрения. Центральное место занимает феномен дисморфофобии, проявляющийся в искажённом восприятии собственной телесности. Как отмечают исследователи, такие пациенты склонны переоценивать свои размеры, сохраняя убеждённость в избыточном весе даже при наличии выраженного дефицита массы тела, что поддерживает их фиксацию на вопросах внешности [1, 38].

Характерными личностными особенностями выступают заниженная самооценка и перфекционистические установки, когда чувство собственной ценности становится зависимым от способности поддерживать жёсткий контроль над пищевым поведением [45].

Коморбидность с аффективными расстройствами наблюдается достаточно часто – хроническое соблюдение ограничительных диетических практик на фоне социального давления и негативного образа тела закономерно приводит к развитию депрессивных и тревожных состояний [19, 54].

Важным аспектом является использование пищевого поведения как способа эмоциональной регуляции, когда эпизоды переедания или жёстких ограничений становятся средством достижения временного ощущения стабильности. Социальная дезадаптация проявляется в виде добровольной изоляции, обусловленной стыдом за свои пищевые привычки и чрезмерной озабоченностью вопросами внешности [14].

Потребность в контроле выступает ключевым мотивационным фактором – строгие пищевые правила создают иллюзию упорядочивания

хаотичной субъективной реальности [28]. Недостаточная стрессоустойчивость, низкая адаптивность в кризисных ситуациях и дефицит психологических ресурсов для конструктивного разрешения конфликтов также вносят существенный вклад в генез пищевых расстройств [44].

Мотивационные аспекты играют существенную роль в патогенезе нарушений пищевого поведения. Многочисленные исследования свидетельствуют, что особенности восприятия и удовлетворения базовых потребностей оказывают непосредственное влияние на формирование пищевых паттернов. В рамках теории самоопределения было установлено, что дефицит в реализации трех фундаментальных психологических потребностей – автономии, компетентности и привязанности – создает благоприятную почву для развития пищевых расстройств [30].

У пациентов с данной патологией наблюдается выраженное нарушение автономии, поскольку их пищевое поведение подчиняется жестким иррациональным установкам, навязчивым ритуалам и патологическому страху утраты контроля. Чрезмерная ригидность в выборе продуктов, экстремальные диетические ограничения и компульсивный подсчет калорий выступают характерными проявлениями данной потребностной депривации [4, 22].

Потребность в компетентности, выражающаяся в стремлении к эффективности и успешности, у данной категории пациентов приобретает дисфункциональный характер. Чрезмерная концентрация на параметрах тела и весе как маркерах успешности приводит к формированию перфекционистских установок. При нервной анорексии это проявляется в виде дисморфофобии, навязчивого стремления к худобе и компульсивных физических нагрузок, тогда как при булимии и компульсивном переедании наблюдается хроническая борьба с пищевыми импульсами, сопровождающаяся интенсивными переживаниями вины и стыда [30].

Социальная составляющая также подвергается значительным искажениям – трудности в установлении и поддержании здоровых

межличностных отношений повышают риск социальной дезадаптации. В таких случаях девиантное пищевое поведение может выполнять компенсаторную функцию, замещая эмоциональную близость или становясь способом установления контроля в отношениях. Хроническая фрустрация потребности в привязанности нередко приводит к развитию компульсивного переедания как механизма совладания с эмоциональным дистрессом [3].

Мотивационно-потребностная сфера представляет собой ключевой элемент в генезисе нарушений пищевого поведения. Дефицит или искажение базовых потребностей в автономии, компетентности и социальной принадлежности нередко провоцирует развитие дезадаптивных пищевых стратегий, выполняющих компенсаторную функцию в условиях психологического неблагополучия. Глубинное понимание данных мотивационных механизмов открывает перспективы для создания эффективных профилактических и коррекционных программ, направленных на гармонизацию потребностной сферы и улучшение психоэмоционального состояния [12].

Существенное влияние на возникновение пищевых расстройств оказывает комплекс социально-психологических факторов, включающий хроническое напряжение в межличностных отношениях, чрезмерные психологические нагрузки, несформированность ценностных ориентаций, а также парадоксальное сочетание внешней самоуверенности с внутренней неуверенностью в себе [16, 17].

Выявляют характерные черты личностной незрелости у лиц с пищевыми нарушениями: ограниченность интеллектуальных и духовных интересов, отсутствие четких моральных ориентиров, эмоциональную лабильность, гедонистическую ненасыщаемость, безответственность и повышенную податливость внешнему влиянию [20, 29]. Для таких индивидуумов характерна особая уязвимость перед повседневными трудностями – они склонны создавать психологическую защиту в форме ухода от реальности, концентрируясь на узкой сфере жизнедеятельности и

используя специфический образ жизни как способ маскировки глубинных комплексов неполноценности [15].

Важным патогенетическим фактором выступает интенсивная, но неудовлетворенная потребность в любви и принятии, коренящаяся в дисфункциональных семейных отношениях, что в сочетании с синдромом дефицита удовольствия формирует хроническое чувство эмоциональной пустоты и тоски [42].

Исследователи акцентируют роль пищевого поведения как универсального регуляторного механизма, выполняющего функции стресс-протекции, самоутешения, эмоциональной компенсации («пища как награда»), замещающего общения («еда как компаньон») и средства преодоления экзистенциальной скуки [30, 31].

Лица с нарушениями пищевого поведения демонстрируют специфическую организацию эмоциональной сферы, характеризующуюся выраженной нестабильностью. Их реакции на жизненные трудности, способы социального взаимодействия и восприятие стрессовых ситуаций существенно отличаются от общепринятых норм. Мировосприятие таких людей искажено эгоцентрической позицией, что приводит к постоянному ощущению собственной «неправильности», глубокому переживанию социальной изоляции и экзистенциального одиночества. Характерными особенностями выступают дефицит эмоционального интеллекта и сниженная способность противостоять стрессовым воздействиям [26].

Расстройства пищевого поведения представляют собой комплексные психопатологические синдромы, основными проявлениями которых выступают аномальные пищевые привычки, дисморфофобические переживания и гипертрофированная фиксация на вопросах питания и массы тела. Данные нарушения распространены среди различных демографических групп, не имея четкой возрастной или гендерной специфики [61, 62].

Пищевое поведение понимается как система индивидуальных установок по отношению к питанию, включающая повседневные пищевые

привычки, стратегии совладания со стрессом через еду, а также действия, направленные на коррекцию телесного образа. В норме оно характеризуется сбалансированностью, однако при определенных условиях приобретает девиантный характер, что обусловлено местом пищи в ценностной иерархии личности и особенностями пищевого рациона [37].

Клинические формы расстройств пищевого поведения классифицируются как психические заболевания с выраженной поведенческой симптоматикой, связанной с питанием. Ключевыми психологическими механизмами выступают навязчивые мысли о еде, патологическая озабоченность массой тела и внешностью, заниженная самооценка и когнитивные искажения в восприятии собственной телесности [62].

Согласно классификации DSM-5 (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам Американской психиатрической ассоциации), выделяют пять ключевых категорий нарушений пищевого поведения: нервная анорексия, нервная булимия, расстройство переедания, специфические нарушения питания, иные расстройства пищевого поведения неуточнённого генеза [32].

Нервная анорексия представляет собой психопатологический синдром, основными клиническими маркерами которого выступают: навязчивое стремление к снижению веса, жёсткие ограничения в питании, патологический страх перед увеличением массы тела, искажённая оценка собственной телесности, отсутствие критики к своему состоянию.

Значительный вклад в исследование данной патологии внесла М.В. Коркина, которая акцентировала роль дисморфофобических и дисморфоманических переживаний в генезе пищевых девиаций, особенно в контексте формирования фобии набора веса. Пик манифестации заболевания приходится на пубертатный период, с выраженной гендерной диспропорцией: распространённость среди женской популяции составляет 1,2%, тогда как среди мужской – лишь 0,2% [26].

Нервная булимия представляет собой психосоматическое расстройство, основными диагностическими критериями которого выступают: патологическая фиксация на телесном образе, повторяющиеся эпизоды компульсивного переедания с утратой контроля над пищевым поведением, регулярное применение компенсаторных механизмов (искусственная провокация рвоты, злоупотребление диуретиками, избыточные физические нагрузки).

Для постановки диагноза требуется наличие указанной симптоматики не менее одного раза в неделю в течение трехмесячного периода. Патология вызывает серьезные соматические осложнения, включая: электролитный дисбаланс, функциональные нарушения ЖКТ и деструкцию зубной эмали.

Эпидемиологические данные свидетельствуют о гендерной диспропорции: распространенность среди женской популяции достигает 4%, тогда как среди мужчин не превышает 1%. Хронический характер течения, низкая осознанность болезни и склонность к диссимуляции существенно затрудняют диагностику и терапию данных состояний [30].

Компульсивное переедание – отличается регулярными приступами неконтролируемого потребления пищи без последующего очищения, что часто приводит к развитию ожирения [56].

Расстройства приёма пищи можно условно распределить по степени выраженности аномалий массы тела. На одном полюсе данного спектра находится нервная анорексия с характерным критическим снижением веса, в средней части – нервная булимия (с показателями массы тела, приближенными к норме или превышающими её, что зависит от интенсивности компенсаторных практик), а на противоположном конце – компульсивное переедание, ведущее к избыточной массе тела или ожирению. Несмотря на различия в клинических проявлениях, все эти состояния обладают рядом общих патопсихологических черт. Более того, в динамике заболевания нередко наблюдается трансформация одной формы расстройства в другую [30].

Долгосрочные катамнестические исследования демонстрируют вариабельность показателей ремиссии: при нервной анорексии: 29-68% случаев (при наблюдении от 2,5 до 10 лет); при нервной булимии: 29-70% случаев (при аналогичных сроках наблюдения).

Полученные данные подтверждают хронический характер течения патологии с высокой вероятностью пожизненной персистенции симптоматики. Клинически значимым феноменом выступает трансформация одной формы расстройства в другую: переход анорексии в булимию: 8-54% случаев, обратная трансформация: 4-27% случаев.

Наибольшая вероятность метаморфоза отмечается в первые 5 лет заболевания. Летальность при нервной анорексии достигает 5%, тогда как при булимии смертельные исходы регистрируются значительно реже. Однако коморбидное течение с другими психическими расстройствами увеличивает риск летального исхода до 5-18% [32].

Нарушения пищевого поведения часто обусловлены гиперчувствительностью к внешним пищевым стимулам, что сочетается с нарушенной способностью адекватно распознавать сигналы голода и насыщения. Данная дисфункция провоцирует как эпизоды неконтролируемого потребления пищи, так и компульсивные попытки снижения веса. В основе этих процессов лежит негативная самооценка, проявляющаяся в отвержении собственной телесности и внешности, что существенно влияет на личностное функционирование и качество социальных контактов. Подобная дисгармония неизбежно приводит к формированию аутоагрессивных паттернов поведения и эмоциональной подавленности [37].

В ситуациях психологического дискомфорта чрезмерное потребление пищи выступает в качестве дезадаптивного механизма регуляции эмоционального состояния, временно снижая уровень напряжения. При этом у лиц, практикующих жесткие диетические ограничения, отмечается выраженное искажение образа тела по типу дисморфофобии. Важным

этиологическим фактором развития пищевых расстройств выступает нарушение границ психологического пространства личности, что требует тщательного анализа сложившихся когнитивных установок и глубинных убеждений [15].

Помимо характерных переживаний стыда и вины, у пациентов с пищевыми нарушениями регулярно диагностируются депрессивные состояния и заниженная самооценка. Социальная стигматизация подобных расстройств существенно затрудняет процессы социальной адаптации и интеграции [30, 63].

Физиологическая основа пищевой потребности тесно переплетается с психологическими особенностями личности и социокультурными детерминантами. Процесс питания выполняет не только биологическую функцию утоления голода, но и несет в себе глубокий символический смысл, отражая эстетические, мифологические, религиозные, социальные и этические аспекты человеческого существования [37]. Мотивационная структура нарушенного пищевого поведения включает несколько ключевых компонентов: стремление к социальной адаптации, гедонистическую составляющую, механизмы психологической защиты от негативных переживаний и потребность в социальном одобрении.

Расстройства пищевого поведения представляют собой комплексную медико-психологическую проблему, требующую комплексного рассмотрения. Современная научная парадигма предполагает анализ данных нарушений через призму биопсихосоциальной модели, интегрирующей влияние биологических предпосылок, психологических особенностей, социального окружения, генетической предрасположенности и семейных паттернов [34]. Следует подчеркнуть, что пищевое поведение выступает адаптационным механизмом, направленным на поддержание гомеостатического равновесия, причем особое значение имеет биоэнергетический баланс, обеспечивающий как физиологическое функционирование организма, так и психическую деятельность [30].

Патологические формы пищевого поведения представляют особый интерес для исследователей, поскольку позволяют изучать долгосрочные последствия систематических нарушений пищевого режима.

В современной психологии расстройства пищевого поведения часто интерпретируются как одна из форм аддикции. Пищевая аддикция формируется, когда еда начинает выполнять компенсаторную функцию, позволяя индивиду избегать дискомфортных переживаний и неприятных аспектов субъективной реальности. Разнообразные негативные эмоциональные состояния, включая скуку, фрустрацию, апатию, тревогу и раздражение, находят свое выражение через девиантные пищевые практики [15]. Особого внимания заслуживает феномен тревожности, которая возникает как психоэмоциональный ответ на стрессогенные факторы.

Исследования демонстрируют существенные различия в уровне тревожности: лица с нормальным весом характеризуются пониженными показателями, тогда как у людей с избыточной массой тела отмечается повышенный уровень тревожности, проявляющийся в постоянном напряжении, чувстве беспомощности и состоянии неопределенности [37]. При этом социальная поддержка и принятие со стороны значимого окружения выступают важными протективными факторами, способствующими снижению тревожно-мнительных состояний и поддержанию психологического равновесия [11, 50].

Современные исследования в области психопатологии питания демонстрируют повышенный интерес ученых к изучению причин возникновения пищевых расстройств. Анализ академических публикаций выявил устойчивую корреляцию между особенностями детско-родительских отношений и формированием патологических пищевых привычек. Многочисленные исследования подтверждают взаимосвязь семейной среды с вероятностью развития нервной анорексии и булимии, подчеркивая при этом ключевую роль семейной психотерапии в лечебном процессе, эффективность которой во многих случаях превосходит результаты индивидуальной

коррекции [52].

Этиопатогенез расстройств пищевого поведения представляет собой сложную мультифакторную систему, включающую генетическую предрасположенность, семейные паттерны, биологические механизмы, индивидуально-личностные особенности, а также социокультурные детерминанты [30].

С биологической точки зрения существует обоснованное предположение о первичных нарушениях в работе гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, ответственной за регуляцию пищевого поведения, нейромедиаторный обмен (серотонин, дофамин, норадреналин) и стресс-реактивность организма. Генетические исследования выявили интересные закономерности: в семьях с несколькими случаями одинаковых пищевых расстройств обнаружены специфические хромосомные аномалии – у пациентов с анорексией отмечались особенности в 1, 3 и 4 хромосомах, тогда как у страдающих булимией выявлены маркеры в 10 хромосоме.

Социокультурный контекст современного общества поддерживает патогенную гипотезу о влиянии культивируемого идеала чрезмерной худобы как социально одобряемого стандарта красоты и жизненного успеха [4]. Эта искусственно навязываемая эстетическая парадигма создает дополнительный фактор риска развития дисморфических расстройств и сопутствующих нарушений пищевого поведения, формируя искаженное восприятие телесности и нереалистичные стандарты самовосприятия.

С психологической точки зрения, особенности личностного развития, нарушения пищевого восприятия и пережитые в раннем детстве психотравмирующие ситуации существенно увеличивают вероятность формирования патологических пищевых стереотипов. Для пациенток с диагнозом нервная анорексия характерен специфический личностный профиль, включающий выраженный перфекционизм, заниженную самооценку, склонность к игнорированию собственных физиологических потребностей при гипертрофированной ориентации на удовлетворение

запросов окружающих. В клинической картине нервной булимии чаще наблюдаются такие черты как импульсивность, недостаточность волевой регуляции, негативная самооценка и проявления асоциального поведения [10, 51].

Многочисленные исследования семейной динамики подтверждают значительное влияние микросоциального окружения на вероятность развития пищевых расстройств у отдельных членов семьи. Особенности эмоциональной привязанности, специфика внутрисемейных взаимоотношений и нарушения в системе детско-родительского взаимодействия могут выступать значимыми предикторами возникновения психологических проблем и коммуникативных затруднений. Особенно деструктивным фактором является хроническое эмоциональное неприятие и гиперкритичность со стороны значимых взрослых, что нередко приводит к развитию депрессивных состояний и стойких нарушений пищевого поведения.

1.3 Психологические аспекты самооценки и образа тела у женщин

На поведение человека большое влияние оказывает отношение к собственному телу. Для людей важно не только то, как они воспринимают самих себя, но и то, как, по их мнению, их воспринимают другие, а также реакция и отношение других людей к ним.

Первые исследования, связанные с концепцией образа тела в психологии, появились около столетия назад. Ученые начали с анализа клинических случаев нарушенного восприятия телесности, включая такие феномены, как ощущение отсутствующей конечности. Значительный вклад в развитие этой темы внес П. Шильдер, который перевел изучение телесного образа из узкой области неврологических патологий в более широкий контекст биопсихологических исследований. В своей фундаментальной работе «Образ и внешний вид тела человека» он впервые охарактеризовал образ тела как сложный, многомерный

психологический феномен. Согласно П. Шильдеру, телесный образ представляет собой субъективное ментальное отображение собственного тела, то есть то, как индивид воспринимает свою физическую оболочку на уровне сознания [2].

Отношение к своему телу связано с тем, что люди думают о нем и как чувствуют себя о своем теле. Также отношение к телу связано с восприятием, чувствами и мыслями человека о своем теле и обычно включает оценку размера тела, привлекательности тела и эмоций, связанных с формой и размерами тела. Негативное отношение к телу может быть связано с низкой самооценкой, неудовлетворенностью своим телом или стыдом за свое тело, существенно влияет на жизнь человека [60].

Телесное самовосприятие представляет собой сложный конструкт, включающий несколько взаимосвязанных компонентов: негативную оценку собственной внешности, чрезмерную фиксацию на физических характеристиках или массе тела, диссонанс между актуальным и желаемым телесным обликом, когнитивную интерпретацию степени привлекательности, а также поведенческие паттерны, связанные с заботой о внешнем виде (его значимостью и временными затратами) [53].

Феномен телесного образа подразумевает индивидуальное осмысление эстетических и сексуально-аттрактивных аспектов собственной физической оболочки. Данная проблематика находится в междисциплинарном поле исследований, охватывая не только психологию, но и философские, социологические, педагогические и клинические направления науки. В частности, психологические работы акцентируют внимание на взаимосвязи телесности с психосоматическими процессами, а также на роли личностных и индивидуально-типологических факторов в развитии психики в контексте становления структур Я-концепции [40].

Образ тела – это многомерный конструкт, который включает в себя восприятие и отношение к себе, связанные с собственным телом, включая мысли, убеждения, чувства и поведение. Обычно он включает оценку размера

тела, привлекательность тела и эмоции, связанные с формой и размерами тела. Есть два аспекта, связанных с образом тела: неправильное восприятие веса (аспект восприятия образа тела, связанный с завышенной или заниженной оценкой веса) и неудовлетворенность своим телом. Это две отдельные конструкции, поскольку человек может быть достаточно точным в восприятии размера и формы своего тела и все же оставаться недовольным этим. Образ тела на самом деле можно определить как самовосприятие физического «Я», а также чувства и мысли, возникающие в результате этого восприятия [69].

Проблема телесного самовосприятия в психологической науке трактуется как важный компонент системы самосознания личности. В научной литературе тело концептуализируется как материальный носитель идентичности, обладающий четкими пространственными параметрами. Анализ телесности в психологических исследованиях осуществлялся по двум основным направлениям: изучение ценностно-смыслового отношения к собственной внешности и исследование когнитивных искажений в оценке физических характеристик [48].

Значительный вклад в разработку данной проблематики внес Т.Ф. Кэш, чьи работы стали классикой в области изучения телесного образа. Ученый определяет этот феномен как сложную систему представлений о различных аспектах физического «Я» [59].

Р. Бернс рассматривал телесный образ в качестве фундаментального элемента Я-концепции. В его теоретической модели выделяются несколько детерминант формирования телесного самовосприятия: объективная оценка функциональных возможностей организма; субъективные психологические установки, сформированные под влиянием эмоционального опыта; социальные факторы, включающие реакции окружения на внешность; индивидуальная интерпретация этих реакций; а также идеализированные телесные представления, возникающие в процессе социального сравнения и идентификации с физическими характеристиками других индивидов [8].

Исследования первого направления выявили устойчивые взаимосвязи между телесным самовосприятием и такими факторами, как половая принадлежность, возрастные характеристики, культурная среда, уровень удовлетворенности физической оболочкой и чувством психологической безопасности. Когнитивные аспекты образа тела детерминируются возрастными изменениями, уровнем интеллектуального развития, самооценочными процессами, социальными стандартами и отклонениями в развитии. Представители психоаналитического направления интерпретировали соматические нарушения отдельных телесных зон как символическую репрезентацию фрустрированных потребностей. Эмпирические данные свидетельствуют о наличии общих личностных характеристик у лиц, демонстрирующих психосоматические симптомы в одинаковых участках тела. Ученые объясняют эту закономерность существованием бессознательных символических значений, приписываемых различным телесным зонам и формирующихся в раннем онтогенезе. Анализ научных публикаций также выявил тенденцию к синонимичному использованию терминов «физическое Я» и «образ тела», которые нередко объединяют в общую категорию телесного опыта. В отечественной психологической традиции физическое Я рассматривается как составной элемент Я-концепции, включенный в ее когнитивную составляющую. Этот конструкт представляет собой целостную систему представлений о телесной организации, синтезирующую аффективные переживания, когнитивные оценки и поведенческие проявления [48].

Формирование телесного самовосприятия происходит в ходе социализации, когда индивид усваивает не только социальные нормы, но и культурно одобряемые эталоны внешности, создавая тем самым представление о «социально приемлемом теле». Данный феномен включает три взаимосвязанных аспекта: когнитивный (знания и представления), эмоциональный (чувства и переживания) и поведенческий, где особую роль играют перфекционистские установки. Чрезмерная ориентация на совершенство провоцирует искаженное восприятие собственной внешности,

что выражается в стремлении к радикальным методам коррекции облика, включая потенциально опасные для здоровья практики. Подобные изменения неизбежно отражаются на динамичной структуре физического «Я», которая подвержена постоянным трансформациям на протяжении жизненного пути, затрагивающим как актуальные, так и идеализированные представления о себе [49].

Физическая привлекательность служит важным фактором становления самооценки у представителей обоих полов, однако особенно заметно это проявляется у женщин. Склонность к гипертрофированному вниманию к мнимым или реальным внешним недостаткам существенно снижает уровень самооценки, создавая почву для развития различных комплексов [36].

Современные стандарты красоты, активно продвигаемые модной индустрией и косметологическим бизнесом, оказывают значительное давление на женское самосознание. Постоянное сравнение собственной внешности с искусственными медиа-идеалами формирует негативный телесный образ, что влечет за собой риск развития психосоматических расстройств. Стремление соответствовать навязанным канонам красоты проявляется в чрезмерном увлечении диетами, изнурительными тренировками и пластическими операциями, что нередко приводит к серьезным нарушениям как физического, так и психического здоровья [39].

Корень проблемы кроется в социокультурном программировании, начинающемся с раннего детства: девочкам систематически транслируют (через семью, средства массовой информации, гляцевые издания и телевизионный контент) необходимость соответствия стандартам красоты и стройности, тогда как мальчикам навязывают культ физической силы. Интериоризируя эти социальные предписания, представительницы женского пола уже в пубертатном периоде начинают стремиться к снижению веса, в то время как мужчины сосредотачиваются на наращивании мышечной массы. Дисгармония между реальным телесным обликом и внутренними идеалами, сохраняющаяся как в юношеские годы, так и в зрелом возрасте, часто

становится причиной заниженной самооценки и может провоцировать развитие депрессивных расстройств [29].

Телесный образ выступает неотъемлемой составляющей Я-концепции индивида. Способность к адекватному восприятию своей физической оболочки, гармоничное принятие телесности и конструктивное отношение к собственному «Я» в значительной степени детерминированы динамикой формирования и коррекции телесного образа. При этом наблюдается тесная взаимосвязь между физическим и социальным аспектами идентичности [36].

Феномен телесного самовосприятия у женщин представляет собой многофакторное явление, находящееся на пересечении социальных, культурных, биологических и психологических детерминант. В большинстве случаев он проявляется в форме деструктивных когнитивно-аффективных паттернов, выражающихся в критическом отношении к параметрам фигуры, массе тела, отдельным физическим характеристикам или внешности в целом [24].

Некоторые факторы, которые способствуют негативному восприятию тела у женщин: насмешки или издевательства в детстве, связанные с внешним видом или весом; семья и друзья, которые сидят на диете и выражают неудовлетворённость своим телом; культурная тенденция судить людей по их внешности; давление со стороны общества, заставляющего быть стройными, сидеть на диетах, заниматься спортом и сравнивать себя с другими; СМИ и рекламные изображения, которые продвигают определённые идеалы внешности [27].

Негативный образ тела может иметь неблагоприятные последствия для психического здоровья личности, самооценки, образа Я и паттернов пищевого поведения (изнурительные диеты) [27].

Во многих исследованиях, посвященных вопросу восприятия образа тела, главное внимание уделяется обеспокоенности женщин своей фигурой и весом. Сегодня большинство исследователей представляют понятие «телесный образ» в качестве континуума, характеризующегося разными уровнями нарушения в

диапазоне от нулевого до крайнего. Согласно Н. Рамси, более высокие уровни нарушения восприятия образа тела, как правило, связаны с наличием других симптомов, таких как тревога, депрессия, ухудшение социального функционирования, а низкие уровни предполагают позитивную адаптацию и благополучие [41].

По другим данным негативное представление о теле распространено среди мужчин и женщин в целом. Проблемы с телом влияют на общее самочувствие, включая рост психологического стресса и развитие симптомов депрессии. Подобные опасения также связаны с неупорядоченным пищевым поведением и являются важнейшим элементом расстройств пищевого поведения. Выделяют несколько теорий, объясняющих возникновение нарушения образа тела. Например, социокультурная теория утверждает, что проблемы с восприятием образа тела проистекают из стремления к идеалу худобы, пропагандируемому в западных обществах, которого трудно достичь. Осознание идеала стройности, усвоение этого идеала и осознаваемое давление, оказываемое на людей, стремящихся быть стройными, – все это вносит свой вклад в формирование восприятия образа тела. Семья, сверстники и средства массовой информации могут подкреплять идеал худобы комментариями, которые поддерживают и закрепляют усвоение этого идеала (например, критика, поддразнивания по поводу лишнего веса) [58].

Согласно полученным результатам В.Г. Рагозинской, выраженная неудовлетворенность своей внешностью тесно связана с деструктивной тревожностью, деструктивной и дефицитарной агрессией, деструктивным и дефицитарным нарциссизмом, дефицитарной сексуальностью, деструктивными отграничениями, отграничениями, отвлечением собеседника на смартфон и склонностью воспринимать такое поведение как пренебрежение собой [40].

На данный момент значительно выросло количество женщин, которые самым пристальным образом начали относиться к восприятию собственного «Я» через образ своего тела. Влияние социальных сетей, средств массовой информации, друзей, коллектива провоцирует соответствовать установленным

стандартам внешности, и, как следствие – возрастает количество женщин, которые неудовлетворены своим телом. Исследования показывают, что социальное давление и информация, поступающая из СМИ, являются предпосылками корреляции внешнего образа человека с его успехом во всех сферах жизни (работа, друзья, личные отношения с противоположным полом). Данный паттерн имеет тенденцию к экспоненциальному росту как в нашей стране, так и во всем мире.

Эмпирические исследования А.В. Хавыло, М.С. Ситцевой и И.И. Ереминой выявили как общие тенденции, так и гендерные различия в восприятии телесности. Результаты показывают сопоставимый уровень удовлетворенности у представителей обоих полов такими анатомическими характеристиками, как черты лица, волосяной покров и параметры роста. Однако существенные расхождения наблюдаются в оценке ушных раковин, шейного отдела, грудной клетки, кистей верхних конечностей, ягодичной области, гениталий и нижних конечностей. Авторы объясняют эту избирательность преимущественно социокультурными детерминантами, включая воздействие медиа-контента, пропагандирующего определенные каноны телесной привлекательности. С одной стороны, подобные социальные стандарты могут выполнять адаптивную функцию, стимулируя физическую активность и заботу о здоровье. С другой стороны, они способны провоцировать дезадаптивные состояния, выражающиеся в снижении самооценки и ухудшении психологического благополучия у лиц, не соответствующих навязанным идеалам. Особую опасность эти негативные последствия представляют для молодых людей в период становления личности, создавая потенциальные риски для психологической стабильности и личностного развития [46].

Проведенное Е.А. Макаровой, И.А. Тищенко и В.Ю. Куренковой исследование выявило гендерные особенности восприятия телесного образа. Анализ данных демонстрирует, что представители обоих полов в равной степени подвержены усвоению социально одобряемых стандартов внешности,

однако проявляют различную степень критичности к отдельным анатомическим зонам. У мужской выборки наиболее выраженная неудовлетворенность касалась зубного ряда, состояния волосяного покрова (как на голове, так и на теле), нижних конечностей (с акцентом на коленные суставы и бедра), абдоминальной области и массы тела. В женской группе негативные оценки концентрировались преимущественно на молочных железах, абдоминальной зоне, бедрах, коленях, подбородке и весовым параметрам. Полученные результаты позволяют заключить, что у мужчин ключевыми факторами телесного дискомфорта выступают состояние брюшного отдела, характеристики волосяного покрова и зубов, тогда как у женщин – абдоминальная область, коленные суставы, вес и подбородочная область. Исследователи интерпретируют эти различия как следствие усвоения гендерно-специфичных стереотипов внешней привлекательности, сформированных под воздействием социокультурных норм. Важно отметить, что степень удовлетворенности различными телесными зонами по-разному влияет на общее восприятие физического облика у мужчин и женщин, что подтверждает гипотезу о решающей роли интериоризации социальных эталонов красоты в формировании телесного самовосприятия [27].

А.А. Хафизова и М.А. Негашева установили, что своим телом не удовлетворены 66,7% обследованных девушек (из них 82,9% из-за мнимой или реальной избыточности массы тела) и 68,5% обследованных юношей (из них 56,7% из-за недостаточной массы тела). Для девушек характерен более высокий уровень требований и критичности к своей внешности по сравнению с юношами. Самооценка внешности оказывает большее влияние на различные сферы их жизнедеятельности. Высокий уровень неудовлетворённости своим телом, обнаруженный как у юношей, так и девушек свидетельствует о равносильном социальном давлении стандартов привлекательности на представителей обоих полов. Совместная изменчивость морфологических признаков и показателей самооценки внешности и её гендерная специфика

связаны с принятыми в современном обществе западными стандартами физической привлекательности [47].

1.4 Взаимосвязь нарушения пищевого поведения с самооценкой и образом тела: обзор исследований

Научные работы, посвященные расстройствам пищевого поведения, неизменно подчеркивают их тесную связь с негативным восприятием собственной телесности. Если у животных пищевое поведение регулируется исключительно биологическими механизмами, то у человека оно трансформируется в сложный психосоциальный феномен, выполняющий не только утилитарную функцию поддержания жизнедеятельности, но и служащий средством социальной коммуникации, самопрезентации и эмоциональной регуляции. В частности, контроль над пищевым потреблением часто становится способом компенсации психологического дискомфорта и неспособности конструктивно выражать эмоции. Это приводит к формированию деструктивных паттернов поведения, включающих цикличность жестких диет, эпизоды компульсивного переедания с последующими компенсаторными действиями (искусственное очищение организма, экстремальные физические нагрузки или голодание), что в конечном итоге негативно сказывается как на физическом состоянии, так и на психоэмоциональном благополучии.

Как показано в работах О.А. Скугаревского, дисфункциональные представления о собственной внешности способствуют снижению самооценки и усугубляют расхождение между реальными возможностями и уровнем притязаний. Эмпирические данные исследователя демонстрируют прямую зависимость: чем сильнее выражена склонность к диетическим ограничениям, тем значительнее становится разрыв между самооценкой и притязаниями, что создает почву для переживания личностной несостоятельности и снижения субъективного благополучия [43].

К.Н. Белогай в своих работах (2018, 2019) подчеркивает, что в современном обществе сформировался своеобразный культ телесности, где внешняя привлекательность стала одним из ключевых маркеров социальной успешности и личностной состоятельности. Этот феномен автор называет «нормативным недовольством телом» – состоянием, при котором критика собственной внешности превращается в социально одобряемую норму поведения. Особенно ярко это проявляется в гендерном аспекте: женщины испытывают постоянное давление со стороны медиа и общества, вынуждающее их соответствовать нереалистичным стандартам красоты [6].

К.Н. Белогай выделяет несколько уровней этого явления: когнитивный уровень – искаженное восприятие собственного тела через призму навязанных стандартов; аффективный уровень – хроническое чувство неудовлетворенности своей внешностью; поведенческий уровень – использование различных практик «улучшения» тела (диеты, пластические операции, чрезмерные тренировки).

К.Н. Белогай особо отмечает парадоксальность ситуации: чем больше усилий человек прикладывает к достижению «идеального» тела, тем сильнее усиливается его недовольство. Это связано с тем, что сами стандарты красоты носят изменчивый и недостижимый характер. В результате формируется порочный круг: социальное давление – недовольство телом – коррекционные практики – временное облегчение – новое давление [7].

Также автор анализирует экономические аспекты этого феномена, показывая, как индустрия красоты извлекает выгоду из массовой неудовлетворенности людей своей внешностью. Интересно его наблюдение о том, что современные стандарты красоты фактически требуют от человека постоянного «проектного» отношения к собственному телу, которое должно непрерывно совершенствоваться.

Особую опасность, по мнению К.Н. Белогай, представляет распространение этого феномена среди подростков, чья идентичность еще только формируется. Это приводит к ранней объективации тела, когда молодые

люди начинают воспринимать себя, прежде всего, как «объект для оценивания» по внешним параметрам [5, 6].

Исследование К.Н. Белогай [7] подтверждает данные международных научных работ о широкой распространенности негативного восприятия телесного образа среди молодых женщин. В ходе интервьюирования респондентки преимущественно выражали неудовлетворенность различными аспектами своей внешности – от отдельных частей тела (грудь, живот, нос) до общего физического облика.

Наблюдается устойчивая тенденция к использованию радикальных методов коррекции фигуры в рамках концепции «тело как объект постоянного совершенствования»: жесткие диетические ограничения, интенсивные физические нагрузки, готовность к хирургическим вмешательствам. Лишь незначительная часть опрошенных (две респондентки) продемонстрировали позитивное отношение к своему телу.

В западном обществе распространена «тирания стройности». Она приводит к тому, что у подростков и взрослых женщин возникает четкая связь между самоуважением и телосложением. Телосложение чаще оценивают не только при помощи замера веса и роста, но и с помощью расчета индекса массы тела.

Современные исследования демонстрируют устойчивую взаимосвязь между активностью женщин в социальных сетях и формированием девиантных пищевых установок. Корреляционный анализ подтверждает, что продолжительное взаимодействие с цифровым контентом способствует усвоению нереалистичных стандартов худобы и последующему развитию патологических пищевых практик [68].

Дж. Сандер с коллегами выявили связь между нарушениями пищевого поведения, депрессией и тревогой. Исследование подтвердило, что депрессия и тревожность значимо связаны с нарушениями пищевого поведения у девушек-подростков и молодых женщин. Чем выше уровень депрессии и тревоги, тем выраженнее симптомы нарушения пищевого поведения. При этом самооценка и

образ тела выступают значимыми модераторами в связи между психопатологией (депрессия, тревога) и нарушениями пищевого поведения. Низкая самооценка и негативный образ тела усиливают влияние депрессии и тревоги на развитие и поддержание нарушений пищевого поведения. Участницы с более позитивным образом тела и высокой самооценкой демонстрировали меньшую выраженность нарушений пищевого поведения даже при наличии симптомов депрессии и тревоги [66].

А. Брайтек-Матера в своей работе подтверждает, что негативный аффект (депрессия, тревога, стресс, негативное самоотношение) выступает значимым фактором развития маладаптивного пищевого поведения даже у людей без клинического ожирения. В качестве регуляторной стратегии могут использоваться как ограничительное питание, так и компульсивное переедание [56].

К. Мальте-Левеск, М. Лежандр, С. Бегин с помощью латентного профильного анализа выделили несколько подгрупп женщин, различающихся по выраженности нарушений пищевого поведения и психологических трудностей. Наиболее уязвимая группа характеризовалась высоким уровнем компульсивного переедания, эмоциональной нестабильностью и низкой самооценкой [63].

Э. Авад с коллегами установили значимую корреляцию между руминацией (навязчивым мысленным пережевыванием негативных переживаний) и маладаптивными пищевыми практиками у взрослых. Участники с высоким уровнем руминации чаще демонстрировали эмоциогенное переедание, ограничительное поведение и другие формы нарушений пищевого поведения. Женщины по сравнению с мужчинами показали более выраженную связь между неудовлетворенностью телом, руминацией и компульсивными пищевыми паттернами [54].

Также данные некоторых работ свидетельствуют, что визуальные образы чрезмерно стройных моделей в медиапространстве провоцируют у женской аудитории развитие комплексов относительно собственной внешности. Это

стимулирует поиск радикальных методов коррекции фигуры, которые в большинстве случаев оказывают деструктивное влияние как на психологическое состояние, так и на соматическое здоровье. Доминирующие в массовой культуре стереотипы женской привлекательности, акцентирующие недостижимые для большинства параметры худобы, формируют искаженные пищевые установки у представительниц молодого поколения [55, 57, 64].

Данная тенденция объясняет наблюдаемый в клинической практике рост распространенности различных форм нарушений пищевого поведения среди данной демографической группы.

Расстройства пищевого поведения занимают одно из ведущих мест среди факторов, оказывающих негативное влияние на здоровье женщин молодого возраста, при этом нервная анорексия демонстрирует наиболее высокие показатели летальности в сравнении с другими психическими заболеваниями [65, 67].

Эпидемиологическое изучение данных расстройств сопряжено со значительными трудностями, обусловленными проблемами диагностики субклинических форм, а также склонностью пациентов к диссимуляции симптомов в связи с неспецифичностью и вариабельностью проявлений нарушенного пищевого поведения [66].

Полученные данные подтверждают существование тесной взаимосвязи между пищевым поведением и негативной оценкой телесного образа. Феномен «нормативного недовольства внешностью», приобретающий характер массового явления, ассоциирован со снижением самооценки, девиантными пищевыми практиками и ухудшением психологического состояния. Культурный феномен «тирании стройности» формирует устойчивую ассоциацию между самооценкой и параметрами телосложения, которые в современном обществе чаще всего оцениваются через призму индекса массы тела, а не комплексных показателей здоровья. Несмотря на подтвержденные связи почти не исследованы различия в группах женщин различного возраста, чему посвящена данная работа.

Глава 2. Эмпирическое исследование особенностей взаимосвязи нарушения пищевого поведения с самооценкой и образом тела у женщин

2.1 Организация и эмпирического исследования

Цель исследования: изучение взаимосвязи нарушения пищевого поведения с самооценкой и образом тела у женщин.

Объект исследования: нарушения пищевого поведения у женщин.

Предмет исследования: взаимосвязь нарушения пищевого поведения с самооценкой и образом тела у женщин.

Гипотеза исследования: мы предполагаем, что существует взаимосвязь нарушения пищевого поведения с самооценкой и образом тела у женщин.

Частные гипотезы:

- женщины с более выраженными нарушениями пищевого поведения будут демонстрировать более низкий уровень самооценки;
- у женщин с низкой удовлетворенностью телом будет наблюдаться более высокий уровень эмоционального и ограничительного типов пищевого поведения.

Задачи эмпирического исследования:

- провести диагностику самооценки и образа тела у женщин;
- проанализировать взаимосвязь нарушения пищевого поведения с самооценкой и образом тела у женщин;
- разработать психологические рекомендации развития самооценки и позитивного отношения к образу собственного тела.

Выборка исследования 60 человек: первая группа: 30 человек в возрасте 25-35 лет (ранняя взрослость); вторая группа: 30 человек в возрасте 36-45 лет (средняя взрослость).

Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ) (Т. Ван Стриен и другие) оценивает пищевое поведение по трём типам: ограничительному,

эмоциогенному и экстеральному. Текст методики включает 33 вопроса, объединенных в три шкалы в соответствии с типами пищевого поведения. Ответы просчитываются по каждой шкале и суммируются.

Шкала самоуважения М. Розенберга в адаптации А.А. Золотаревой. Шкала измерения уровня самоуважения. Шкала включает 10 утверждений, которые респондент должен оценить по шкале от 1 до 4 (1 – Совершенно согласен; 2 – Согласен; 3 – Не согласен; 4 – Совершенно не согласен). С помощью анализа диагностируется общий показатель самоуважения личности.

Обработка результатов: для подсчёта показателя самоуважения необходимо суммировать баллы по всем пунктам шкалы. При подсчёте прямых пунктов (№1, 3, 4, 7, 10) используется восходящая шкала ответов, при подсчёте обратных пунктов (№ 2, 5, 6, 8, 9) – нисходящая шкала.

Опросник самооценки Б. Уайнхолд в адаптации А.Г. Чеславской предназначен для диагностики самооценки личности. Опросник включает в себя 4 шкалы по 6 вопросов, в общей сложности 24 вопроса, каждый из которых содержит по 4 утверждения. Респондентам предлагается выбрать один из способов на сколько последовательно они придерживаются в указанной линии поведения.

Опросник включает следующие шкалы: умение устанавливать контакт, искусство принимать себя, умение оказывать влияние, искусство постоянства, интегральная шкала. Ответы просчитываются по каждой шкале и суммируются. Интерпретация результатов тестирования: 24-48 низкая самооценка в большинстве областей вашей жизни; 49-72 низкая самооценка в нескольких областях вашей жизни; 73-96 высокая самооценка в большинстве областей вашей жизни.

Шкала удовлетворенности телом (BAS) Л. Авалос, Т. Тилка и другие в адаптации М.Ю. Дурневой направлена на изучение отношения к собственному телу у женщин. Шкала состоит из 13 пунктов (например, «В целом, я довольна своим телом»).

Утверждения позволяют оценить степень, с которой испытуемые: придерживаются положительного мнения о собственном теле, принимают своё тело, несмотря на вес, форму тела или некоторые несовершенства, уважают своё тело, уделяя должное внимание телесным нуждам и потребностям и следуя здоровому образу жизни, защищают своё тело от влияния нереалистичных худых образов масс медиа.

Ответы респондентов оцениваются по пятибалльной шкале, где 1 баллу соответствует ответ «абсолютно неверно», 5 баллам – «абсолютно верно». Чем выше балл по шкале BAS, тем больше удовлетворённость собственным телом.

Опросник образа собственного тела (ООСТ) в адаптации О.А. Скугаревского, С.В. Сивухи профессиональный психологический тест, направленный на оценку субъективного восприятия и отношения человека к своему телу. Тест помогает выявить: степень удовлетворённости или неудовлетворённости своим телом, наличие негативного восприятия определённых частей тела, эмоциональное отношение к своему внешнему виду.

Опросник состоит из 16 пунктов-утверждений. Респонденту предлагают оценить каждое утверждение по четырехбалльной шкале (0 – «никогда», 1 – «иногда», 2 – «часто», 3 – «всегда»).

Интерпретация результатов: по результатам теста можно набрать от 0 до 48 баллов. Всё, что выше 13 баллов, говорит о выраженной неудовлетворённости собственным телом. При этом, чем выше балл (после 13), тем сильнее эта неудовлетворённость.

ООСТ используют для работы с пациентами, имеющими расстройства пищевого поведения (анорексия, булимия, переедание), проблемы с самооценкой, негативное восприятие тела после травм, операций или заболеваний, повышенную тревожность, связанную с физическим внешним видом.

Методы математической статистики. Мы проверили данные на нормальность с помощью метода Колмогорова-Смирнова. Метод показал, что данные распределены ненормально, поэтому для обработки первичных данных

психологического исследования использовались следующие методы: описательная статистика (подсчет средних значений), сравнительный анализ между значениями разных групп проводился с помощью критерия U-Манна Уитни и корреляционный анализ для поиска связей с использованием коэффициента Спирмена.

Первичные данные, полученные с помощью диагностических методов, были обработаны с помощью программы SPSS, был проведен качественный анализ, анализ среднестатистических различий и корреляционный анализ на 5% и 1% p-уровне значимости.

2.2 Анализ результатов исследования взаимосвязи нарушения пищевого поведения, самооценки и образа тела

В нашем исследовании изучается взаимосвязь нарушения пищевого поведения, самооценки и образа тела. На первом этапе был проведен описательный анализ выраженности нарушений пищевого поведения, самооценки и образа тела у женщин.

На втором этапе был проведен сравнительный в группах женщин разного возраста по вышеперечисленным показателям. Далее мы провели корреляционный анализ взаимосвязи нарушения пищевого поведения, самооценки и образа тела.

На третьем этапе на основе полученных связей предложены психологические рекомендации развития самооценки и позитивного отношения к образу собственного тела.

В таблице 1 представлены средние значения по шкалам пищевого поведения (Т. Ван Стриен и другие) в общей выборке женщин.

Таблица 1 – Средние показатели пищевого поведения по опроснику Т.Ван Стриен

Показатели	n=60	
	M	SD
Ограничительное	21,95	8,26
Эмоциогенное	29,43	14,17
Экстернальное	31,27	6,27

В таблице 1 показаны средние значения по шкалам пищевого поведения. В общей выборке женщин наиболее выраженным оказалось экстернальное пищевое поведение ($M=31,27$; $SD=6,27$). Данный тип поведения характеризуется повышенной реакцией на внешние стимулы, связанные с пищей (например, ее вид, запах или доступность), при относительном игнорировании внутренних сигналов голода и сытости. Высокий средний показатель говорит о том, что для значительной части женщин именно внешние факторы, а не физиологические потребности, являются ключевыми детерминантами в принятии решения о приеме пищи. Это может быть связано с широкой доступностью пищи и влиянием социального окружения, рекламы, а также с определенными личностными особенностями, такими как внушаемость и низкий уровень самоконтроля.

Эмоциогенное пищевое поведение ($M=29,43$; $SD=14,17$), связанное с употреблением пищи в ответ на эмоциональные состояния. Наличие высокого среднего балла по этой шкале указывает на тенденцию использовать пищу в качестве средства регуляции эмоционального состояния. Женщины с выраженным эмоциогенным типом поведения склонны «заедать» негативные переживания, такие как стресс, тревога, скука или печаль.

Ограничительное пищевое поведение ($M=21,95$; $SD=8,26$). Этот тип поведения проявляется в сознательном и зачастую жестком самоконтроле над питанием, соблюдении диет и ограничении объема потребляемой пищи с целью управления весом. Средний уровень его выраженности позволяет предположить, что женщины в выборке в разной степени предпринимают

попытки контролировать свое питание, однако эти попытки не носят тотального характера. Стоит учитывать, что ограничительное поведение является фактором риска для развития срывов с последующим компульсивным перееданием, особенно на фоне эмоционального дистресса.

Таким образом, полученный профиль пищевого поведения в общей выборке отражает тенденции, где на пищевые привычки значительное влияние оказывают внешняя среда и эмоциональное состояние. Доминирование экстернального и эмоциогенного типов поведения создает психологическую основу для нарушений пищевого поведения, так как прием пищи в этом случае детерминирован не физиологической потребностью, а внешними обстоятельствами и необходимостью эмоциональной саморегуляции.

В таблице 2 представлены средние значения по шкалам опросника М. Розенберга в адаптации А.А. Золотаревой в общей выборке женщин.

Таблица 2 – Средние показатели самоуважения по методике М. Розенберга в адаптации А.А. Золотаревой у женщин

Показатели	n=60	
	М	SD
Шкала самоуважения	14,90	2,35
Шкала самоунижения	12,15	1,63

Таблица 2 содержит данные по шкалам самоуважения и самоунижения по методике Средний показатель самоуважения ($M=14,90$; $SD=2,35$) превышает показатель самоунижения ($M=12,15$; $SD=1,63$). Сравнение средних показателей с нормативными данными методики позволяет говорить, что уровень самоуважения в исследуемой группе находится в пределах средней нормы, но имеет тенденцию к ее нижней границе. Это указывает на то, что хотя женщины в целом склонны оценивать себя положительно, эта оценка не является стабильно высокой и может подвергаться колебаниям под влиянием различных ситуационных и личностных факторов.

Полученные данные характеризуются относительной неустойчивостью и наличием негативной самооценочной составляющей у части респондентов, что создает психологический контекст для понимания нарушений пищевого поведения.

В таблице 3 представлены средние значения по шкалам самооценки Б. Уайнхолд в адаптации А.Г. Чеславской в общей выборке женщин.

Таблица 3 – Средние показатели самооценки по опроснику Б. Уайнхолд в адаптации А.Г. Чеславской у женщин

Показатели	n=60	
	М	SD
Шкала самооценки	64,95	13,05
Умение устанавливать контакт	16,38	4,12
Искусство принимать себя	16,55	3,25
Умение оказывать влияние	16,17	3,81
Искусство постоянства	18,27	4,36

В таблице 3 мы видим, что общий показатель самооценки ($M=64,95$; $SD=13,05$) находится в зоне умеренной выраженности, что указывает на отсутствие в выборке как тотально негативного, так и нереалистично завышенного самовосприятия. Но высокое стандартное отклонение говорит о неоднородности группы. В ней присутствуют женщины как с достаточно гармоничной самооценкой, так и с выраженными нарушениями в этой сфере.

Наиболее выраженным компонентом самооценки оказалось «искусство постоянства» ($M=18,27$; $SD=4,36$), что говорит о способности большинства респондентов сохранять относительную стабильность самоотношения вне зависимости от внешних обстоятельств.

В то же время такие аспекты, как «искусство принимать себя» ($M=16,55$; $SD=3,25$) и «умение устанавливать контакт» ($M=16,38$; $SD=4,12$), находятся на среднем уровне, предполагающем наличие у женщин определенных трудностей в безусловном самопринятии и построении социальных связей. Этот профиль указывает на то, что самооценка респондентов, будучи в целом устойчивой,

может зависеть от внешней валидации и успешности в межличностных отношениях.

По методике Л. Авалос, Т. Тилка и других в адаптации М.Ю. Дурневой в общей выборке женщин выявлено, что общий показатель ($M=29,42$; $SD=12,14$) формально соответствует умеренному уровню, но его интерпретация требует учета специфики методики, где более высокий балл указывает на большую неудовлетворенность.

Таким образом, полученное значение отражает наличие негативного отношения к своему телу у значительной части выборки. Этот вывод подтверждается высоким стандартным отклонением. В то время как одни женщины относительно спокойно принимают свою телесность, другие демонстрируют интенсивную неудовлетворенность, что является известным фактором риска развития нарушений пищевого поведения.

Сочетание умеренной, но неустойчивой самооценки с неудовлетворенностью телом формирует психологический фон, на котором экстернальные и эмоциогенные модели питания могут выступать в качестве дезадаптивных способов совладания с негативными переживаниями, связанными с самовосприятием.

По методике в адаптации О.А. Скугаревского, С.В. Сивухи выявлено, что средний показатель ($M=28,77$; $SD=10,15$) находится в зоне выраженной неудовлетворенности, учитывая специфику интерпретации методики, где более высокие значения соответствуют негативному восприятию.

Этот результат согласуется с данными по удовлетворенности телом по методике Л. Авалос и Т. Тилка, что подтверждает устойчивость феномена негативного телесного опыта у женщин выборки. Высокие показатели неудовлетворенности отражают нарушение процесса интеграции телесного опыта в целостное самовосприятие.

Результаты показывают, что в выборке женщин присутствуют различные типы пищевого поведения, причём экстернальное и эмоциогенное являются

наиболее выраженными. Самооценка в целом находится на умеренном уровне, но с заметными индивидуальными различиями.

Удовлетворённость телом и его образом также варьируется, что подчёркивает необходимость дальнейшего анализа взаимосвязей между этими показателями.

Полученные данные служат основой для последующего сравнительного и корреляционного анализа, представленного в других таблицах исследования.

В таблице 4 представлен сравнительный анализ по шкалам пищевого поведения Т. Ван Стриен и другие в общей выборке женщин.

Таблица 4 – Результаты расчета значимых различий пищевого поведения по опроснику Т. Ван Стриен у женщин

Показатели	Женщины 25-35 лет		Женщины 36-45 лет		p	U
	M	SD	M	SD		
Ограничительное	23,77	8,58	20,13	7,63	0,095	337,5
Эмоциогенное	30,73	14,98	28,13	13,44	0,455	399,5
Экстернальное	32,80	5,24	29,73	6,90	0,040*	311,5
Примечание: уровень значимости: * - 0,05; ** - 0,01						

Результаты сравнительного анализа пищевого поведения в возрастных группах в таблице 4 показывают избирательные, но содержательно значимые различия. Выявлено статистически значимое различие по шкале экстернального пищевого поведения ($p=0,040$).

Более высокие показатели у женщин 25-35 лет ($M=32,80$) по сравнению с группой 36-45 лет ($M=29,73$) указывают на их большую подверженность влиянию внешних стимулов, таких как вид и доступность пищи, социальное окружение и рекламные триггеры. Это может быть объяснено как возрастными особенностями социальной активности и вовлеченности в потребительскую культуру, так и особенностями развития когнитивного контроля, который с возрастом может становиться более устойчивым.

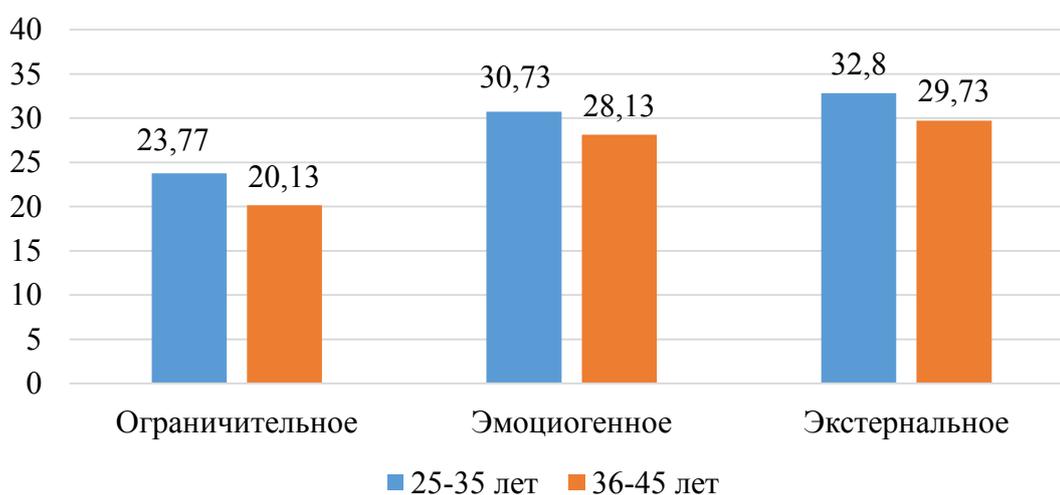


Рисунок 1 – Средние показатели пищевого поведения по опроснику Т. Ван Стриен у женщин разного возраста

Отсутствие статистически значимых различий по шкалам ограничительного ($p=0,095$) и эмоциогенного ($p=0,455$) пищевого поведения говорит о том, что эти аспекты носят более универсальный характер и в меньшей степени зависят от возрастного фактора в исследуемом диапазоне. Склонность к пищевым ограничениям для контроля веса и тенденция использовать пищу как способ регуляции эмоций в равной степени присутствуют у женщин обеих возрастных групп. Это подчеркивает устойчивость данных психологических механизмов, которые, вероятно, формируются под влиянием более глубоких личностных и социокультурных факторов.

Таким образом, полученные данные показывают, что возраст является дифференцирующим фактором преимущественно для внешне обусловленных форм пищевого поведения, в то время как эмоционально и когнитивно опосредованные типы демонстрируют возрастную устойчивость.

В таблице 5 представлен сравнительный анализ по шкалам опросника М. Розенберга в адаптации А.А. Золотаревой в общей выборке женщин.

Таблица 5 – Результаты расчета значимых различий по шкалам методики М. Розенберга в адаптации А.А. Золотаревой у женщин

Показатели	Женщины 25-35 лет		Женщины 36-45 лет		p	U
	M	SD	M	SD		
Шкала самоуважения	14,43	3,00	15,37	1,33	0,256	374,5
Шкала самоунижения	12,33	1,99	11,97	1,19	0,812	434,5

Примечание: уровень значимости: * - 0,05; ** - 0,01

Результаты сравнительного анализа показателей самооотношения по методике М. Розенберга в таблице 5 позволили выявить отсутствие статистически значимых различий между возрастными группами 25-35 лет и 36-45 лет как по шкале самоуважения ($p=0,256$), так и по шкале самоунижения ($p=0,812$). Данный результат позволяет сделать вывод об относительной возрастной стабильности базового уровня самооценки в период ранней и средней зрелости.



Рисунок 2 – Средние показатели по шкалам методики М. Розенберга в адаптации А.А. Золотаревой у женщин разного возраста

Таким образом, отсутствие значимых возрастных различий в уровне самооценки при наличии ранее установленных различий в пищевом поведении (особенно в экстермальном типе) позволяет предположить, что нарушения пищевого поведения могут быть связаны не с общим уровнем самооценки, а с

ее специфическими аспектами или с другими психологическими переменными (например, с образом тела или локальными компонентами самоотношения). Этот вывод указывает на необходимость более дифференцированного подхода к изучению самооценки в контексте нарушений пищевого поведения.

В таблице 6 представлен сравнительный анализ по шкалам самооценки Б. Уайнхолд в адаптации А.Г. Чеславской в общей выборке женщин.

Таблица 6 – Результаты расчета значимых различий самооценки по опроснику Б. Уайнхолд в адаптации А.Г. Чеславской у женщин

Показатели	Женщины 25-35 лет		Женщины 36-45 лет		p	U
	M	SD	M	SD		
Шкала самооценки	61,37	13,58	68,53	11,64	0,099	338,5
Умение устанавливать контакт	15,13	4,60	17,63	3,18	0,046*	315,5
Искусство принимать себя	15,50	3,50	17,60	2,63	0,01**	276
Умение оказывать влияние	15,53	4,16	16,80	3,38	0,249	372,5
Искусство постоянства	17,60	4,55	18,93	4,14	0,338	385,5
Примечание: уровень значимости: * - 0,05; ** - 0,01						

Сравнительный анализ самооценки по методике Б. Уайнхолд в таблице 6 позволяет сделать выводы различиях в отдельных компонентах самоотношения. Наиболее значимые различия обнаружены по шкале «искусство принимать себя» ($p=0,01$), где женщины 36-45 лет имеют более высокие показатели, чем женщины 25-35 лет.

Этот результат говорит о развитии с возрастом способности к большему самопринятию, толерантности к собственным несовершенствам и формированию более целостного и менее оценочного самовосприятия. Полученные данные согласуются с теориями психологического взросления, предполагающими постепенное освобождение от необходимости соответствовать внешним стандартам и развитие внутренних критериев самооценности.

Статистически значимые различия также выявлены по шкале «умение устанавливать контакт» ($p=0,046$). Более высокие показатели у женщин 36-45

лет по сравнению с группой 25-35 лет отражают развитие социальной компетентности и уверенности в межличностном взаимодействии с возрастом. Накопленный жизненный опыт, по-видимому, способствует формированию более зрелых и эффективных коммуникативных стратегий.

Примечательно, что по общей шкале самооценки различия носят лишь тенденционный характер ($p=0,099$), хотя и направлены в сторону более высоких показателей у женщин старшей возрастной группы. Это указывает на то, что возрастные изменения затрагивают прежде всего отдельные структурные компоненты самооценки, а не общий уровень самопринятия.

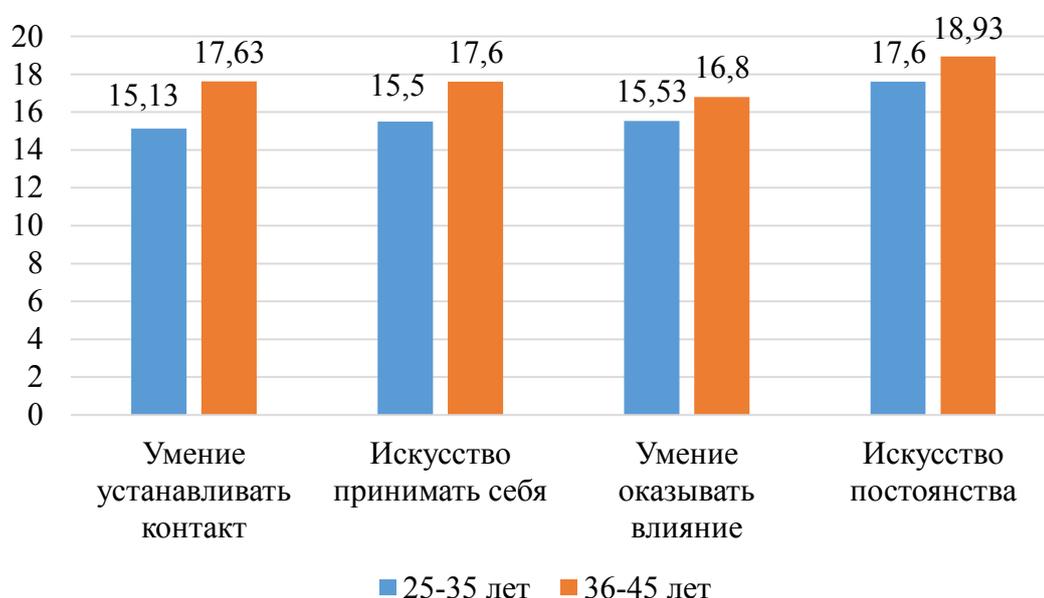


Рисунок 3 – Средние показатели самооценки по опроснику Б. Уайнхолд в адаптации А.Г. Чеславской у женщин разного возраста

Отсутствие значимых различий по шкалам «умение оказывать влияние» и «искусство постоянства» позволяет предположить, что эти аспекты самоотношения либо формируются в более раннем возрасте, либо определяются устойчивыми личностными характеристиками, не претерпевающими существенных изменений в период зрелости.

Таким образом, выявленная возрастная динамика компонентов самооценки имеет важное значение для понимания механизмов взаимосвязи

самоотношения и пищевого поведения. Более низкие показатели самопринятия у женщин 25-35 лет могут делать их более уязвимыми к формированию нарушений пищевого поведения как компенсаторного механизма регуляции самоотношения.

В таблице 7 представлен сравнительный анализ удовлетворенности телом по методике Л. Авалос, Т. Тилка и другие в адаптации М.Ю. Дурневой в общей выборке женщин.

Таблица 7 – Результаты расчета значимых различий удовлетворенности телом по шкале Л. Авалос, Т. Тилка в адаптации М.Ю. Дурневой у женщин

Показатели	Женщины 25-35 лет		Женщины 36-45 лет		p	U
	M	SD	M	SD		
Удовлетворенность телом	33,03	15,02	25,80	6,89	335	0,048*
Примечание: уровень значимости: * - 0,05; ** - 0,01						

Результаты сравнительного анализа удовлетворенности телом в таблице 7 позволили выявить статистически значимые различия между возрастными группами ($p=0,048$), которые имеют важное содержательное значение для понимания возрастной динамики телесного самовосприятия.

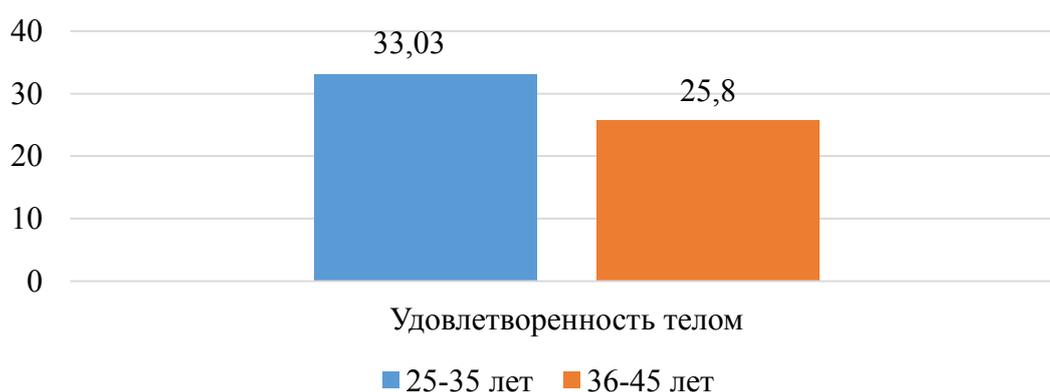


Рисунок 4 – Средние значения удовлетворенности телом по шкале Л. Авалос, Т. Тилка в адаптации М.Ю. Дурневой у женщин разного возраста

Женщины 25-35 лет имеют более высокий уровень неудовлетворенности ($M=33,03$; $SD=15,02$), чем группа 36-45 лет ($M=25,80$; $SD=6,89$).

Таким образом, более высокие показатели неудовлетворенности у женщин 25-35 лет по сравнению с группой 36-45 лет говорят о возрастной специфике формирования образа тела. Этот результат может быть объяснен в контексте социокультурных влияний. Молодые женщины оказываются более подвержены воздействию современных стандартов красоты, активно транслируемых через медиа и социальные сети. Кроме того, данный возрастной период часто связан с репродуктивными установками и поиском партнера, что может усиливать значимость внешней привлекательности.

В таблице 8 представлен сравнительный анализ образа собственного тела по методике в адаптации О.А. Скугаревского, С.В. Сивухи.

Таблица 8 – Результаты расчета значимых различий образа собственного тела по опроснику в адаптации О.А. Скугаревского, С.В. Сивухи у женщин

Показатели	Женщины 25-35 лет		Женщины 36-45 лет		p	U
	M	SD	M	SD		
Удовлетворённость образом собственного тела	32,30	12,14	25,23	6,04	0,014**	285,5
Примечание: уровень значимости: * - 0,05; ** - 0,01						

Результаты сравнительного анализа образа собственного тела, полученные с помощью методики в адаптации О.А. Скугаревского и С.В. Сивухи в таблице 8 показывают статистически значимые различия между возрастными группами на высоком уровне достоверности ($p=0,014$). Более высокие показатели неудовлетворенности у женщин 25-35 лет ($M=32,30$) по сравнению с группой 36-45 лет ($M=25,23$) подтверждают и усиливают выводы, сделанные на основе предыдущего анализа удовлетворенности телом.

Содержательный анализ полученных данных позволяет говорить о системном характере возрастных различий в сфере телесного самовосприятия.

Более критичное отношение к своему телу у молодых женщин может быть обусловлено несколькими взаимосвязанными факторами.

Во-первых, этот возрастной период характеризуется повышенной значимостью внешности в структуре самоидентичности и социального функционирования. Во-вторых, молодые женщины оказываются наиболее подвержены влиянию современных медиа-стандартов красоты, часто носящих недостижимый и искусственный характер. В-третьих, именно в этом возрасте многие женщины испытывают социальное давление, связанное с необходимостью соответствовать определенным эстетическим идеалам в профессиональной и личной жизни.

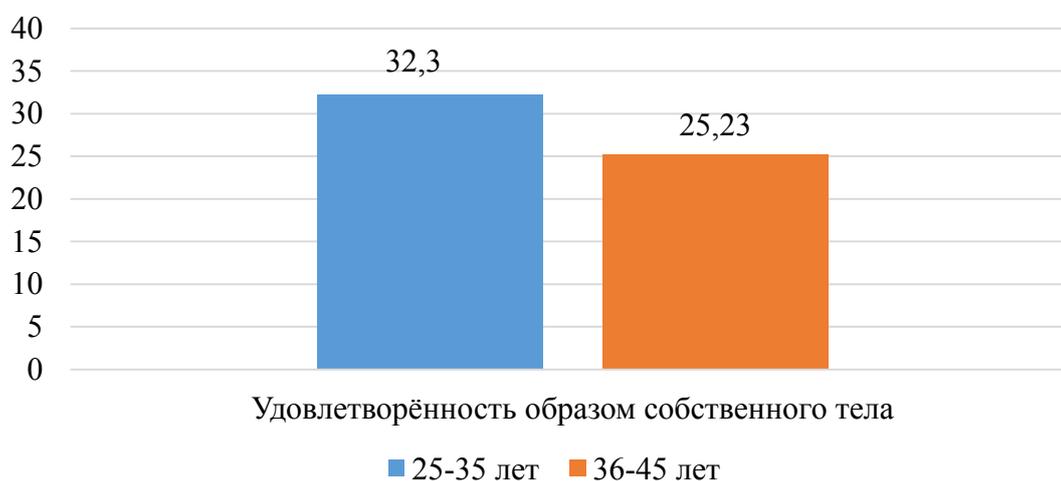


Рисунок 7 – Распределение уровней образа собственного тела по опроснику в адаптации О.А. Скугаревского, С.В. Сивухи у женщин разного возраста

Таким образом, более выраженная неудовлетворенность образом тела у женщин 25-35 лет делает эту группу особенно уязвимой для развития различных нарушений пищевого поведения, поскольку контроль над питанием и весом часто становится компенсаторным механизмом совладания с негативным телесным опытом.

Подводя итоги сравнительного анализа, можно сказать, что женщины (25-35 лет) более склонны к экстернальному пищевому поведению, что может быть

связано с их большей подверженностью внешним влияниям (реклама, мода, социальные сети). Неудовлетворенность телом и его образом выражена сильнее у молодых женщин. Женщины (36-45 лет) имеют более высокие показатели самопринятия и социальных навыков, что может объясняться накопленным жизненным опытом и снижением зависимости от внешней оценки.

Полученные результаты подчеркивают важность учета возрастных особенностей при изучении взаимосвязи пищевого поведения, самооценки и образа тела у женщин.

Целью нашего исследования был анализ взаимосвязи нарушения пищевого поведения с самооценкой и образом тела у женщин. Мы провели анализ взаимосвязей в общей группе женщин и в группах 25-35 и 36-45 лет. Данные представлены в таблицах 9, 10 и 11 для групп соответственно.

Таблица 9 – Анализ связей нарушения пищевого поведения с самооценкой и образом тела у женщин (n=60)

Шкалы	Ограничительное	Эмоциогенное	Экстернальное
Самоуважение	-0,383**	-0,138	-0,169
Самоуничижение	0,225	0,474**	0,369**
Шкала самооценки	-0,438**	-0,527**	-0,281*
Умение устанавливать контакт	-0,302*	-0,302*	0,004
Искусство принимать себя	-0,412**	-0,524**	-0,285*
Умение оказывать влияние	-0,369**	-0,407**	-0,23
Искусство постоянства	-0,442**	-0,435**	-0,343**
Шкала удовлетворенности телом	0,750**	0,300*	0,270*
Удовлетворённость образом собственного тела	0,797**	0,492**	0,346**
Примечание: уровень значимости: * - 0,05; ** - 0,01			

В общей выборке обнаружены статистически значимые корреляции.

Анализ связей ограничительного пищевого поведения показал наличие статистически значимых отрицательных корреляций с показателями самооценки: с самоуважением ($r = \text{минус } 0,383, p \leq 0,01$), с общей шкалой самооценки ($r = \text{минус } 0,438, p \leq 0,01$), с умением устанавливать контакт ($r = \text{минус } 0,302, p \leq 0,05$), с искусством принимать себя ($r = \text{минус } 0,412, p \leq 0,01$), с

умением оказывать влияние ($r = \text{минус } 0,369, p \leq 0,01$) и с искусством постоянства ($r = \text{минус } 0,442, p \leq 0,01$). Одновременно были обнаружены положительные корреляции с показателями негативного отношения к телу: с удовлетворенностью телом ($r = 0,750, p \leq 0,01$) и с удовлетворенностью образом собственного тела ($r = 0,797, p \leq 0,01$).

Эмоциогенное пищевое поведение продемонстрировало значимые отрицательные корреляции с общей шкалой самооценки ($r = \text{минус } 0,527, p \leq 0,01$), с умением устанавливать контакт ($r = \text{минус } 0,302, p \leq 0,05$), с искусством принимать себя ($r = \text{минус } 0,524, p \leq 0,01$), с умением оказывать влияние ($r = \text{минус } 0,407, p \leq 0,01$) и с искусством постоянства ($r = \text{минус } 0,435, p \leq 0,01$). Положительные корреляции выявлены с самоуничижением ($r = 0,474, p \leq 0,01$), с удовлетворенностью телом ($r = 0,300, p \leq 0,05$) и с удовлетворенностью образом собственного тела ($r = 0,492, p \leq 0,01$). Связь с самоуважением не была статистически значимой ($r = \text{минус } 0,138, p = 0,05$).

Экстернальное пищевое поведение показало значимые отрицательные корреляции с общей шкалой самооценки ($r = \text{минус } 0,281, p \leq 0,05$), с искусством принимать себя ($r = \text{минус } 0,285, p \leq 0,05$) и с искусством постоянства ($r = \text{минус } 0,343, p \leq 0,01$). Положительные корреляции обнаружены с самоуничижением ($r = 0,369, p \leq 0,01$), с удовлетворенностью телом ($r = 0,270, p \leq 0,05$) и с удовлетворенностью образом собственного тела ($r = 0,346, p \leq 0,01$).

Наиболее выраженные связи наблюдаются между ограничительным пищевым поведением и показателями самооценки. Сильные отрицательные корреляции с самоуважением, общей самооценкой и ее отдельными компонентами (искусство принимать себя, умение оказывать влияние, искусство постоянства) говорят о том, что жесткие диетические ограничения часто выступают компенсаторным механизмом при низком самопринятии. Особенно показательной является чрезвычайно сильная положительная связь ограничительного поведения с неудовлетворенностью телом и его образом, что подтверждает предположение о важной роли негативного телесного опыта в формировании этого типа пищевых нарушений.

Эмоциогенное пищевое поведение демонстрирует иную, но не менее значимую структуру взаимосвязей. Наиболее сильная отрицательная корреляция с общей самооценкой в сочетании с положительной связью с самоуничижением указывает на то, что этот тип пищевого поведения выполняет функцию эмоциональной регуляции при переживаниях собственной несостоятельности. Тот факт, что эмоциогенное питание значимо связано со всеми компонентами самооценки, кроме самоуважения, позволяет предположить его роль как универсального, хотя и дезадаптивного, способа совладания с различными проявлениями негативного самоотношения.

Экстернальное пищевое поведение, хотя и показывает менее интенсивные связи, обнаруживает специфический паттерн взаимосвязей. Отсутствие значимых корреляций с коммуникативными аспектами самооценки (умение устанавливать контакт, умение оказывать влияние) при наличии связи с самоуничижением и негативным образом тела позволяет интерпретировать этот тип поведения как реакцию на внешние стимулы, опосредованную общим негативным самовосприятием.

Таким образом, все три типа нарушений пищевого поведения имеют согласованную картину взаимосвязей. Они отрицательно связаны с позитивными аспектами самооценки и положительно – с негативным отношением к телу. Наиболее системный характер носят связи ограничительного пищевого поведения, тогда эмоциогенное поведение наиболее тесно связано с самоуничижением, а экстернальное показывает наименьшее количество значимых связей с самооценочными характеристиками.

В группе 25-35 лет выявлены более интенсивные взаимосвязи.

При анализе ограничительного пищевого поведения обнаружены статистически значимые отрицательные корреляции с самоуважением ($r =$ минус 0,583, $p \leq 0,01$), общей шкалой самооценки ($r =$ минус 0,572, $p \leq 0,01$), искусством принимать себя ($r =$ минус 0,494, $p \leq 0,01$), умением оказывать влияние ($r =$ минус 0,588, $p \leq 0,01$) и искусством постоянства ($r =$ минус 0,551,

$p \leq 0,01$). Одновременно выявлены сильные положительные корреляции с удовлетворенностью телом ($r=0,886$, $p \leq 0,01$) и удовлетворенностью образом собственного тела ($r=0,858$, $p \leq 0,01$).

Таблица 10 – Анализ связей нарушения пищевого поведения с самооценкой и образом тела у женщин 25-35 лет ($n=30$)

Параметр	Ограничительное	Эмоциогенное	Экстернальное
Самоуважение	-0,583**	-0,169	0,044
Самоуничижение	0,167	0,729**	0,568**
Шкала самооценки	-0,572**	-0,868**	-0,549**
Умение устанавливать контакт	-0,254	-0,485**	-0,02
Искусство принимать себя	-0,494**	-0,734**	-0,469**
Умение оказывать влияние	-0,588**	-0,784**	-0,570**
Искусство постоянства	-0,551**	-0,898**	-0,719**
Шкала удовлетворенности телом	0,886**	0,464**	0,192
Удовлетворённость образом собственного тела	0,858**	0,530**	0,356
Примечание: уровень значимости: * - 0,05; ** - 0,01			

Эмоциогенное пищевое поведение показало значимые отрицательные корреляции с общей шкалой самооценки ($r=$ минус 0,868, $p \leq 0,01$), умением устанавливать контакт ($r=$ минус 0,485, $p \leq 0,01$), искусством принимать себя ($r=$ минус 0,734, $p \leq 0,01$), умением оказывать влияние ($r=$ минус 0,784, $p \leq 0,01$) и искусством постоянства ($r=$ минус 0,898, $p \leq 0,01$). Положительные корреляции обнаружены с самоуничижением ($r=0,729$, $p \leq 0,01$), удовлетворенностью телом ($r=0,464$, $p \leq 0,01$) и удовлетворенностью образом собственного тела ($r=0,530$, $p \leq 0,01$).

Экстернальное пищевое поведение продемонстрировало значимые отрицательные корреляции с общей шкалой самооценки ($r=$ минус 0,549, $p \leq 0,01$), искусством принимать себя ($r=$ минус 0,469, $p \leq 0,01$), умением оказывать влияние ($r=$ 0,570, $p \leq 0,01$) и искусством постоянства ($r=$ минус 0,719, $p \leq 0,01$). Положительные корреляции выявлены с самоуничижением ($r=0,568$, $p \leq 0,01$).

Ограничительное пищевое, с одной стороны, оно имеет корреляции с самоуважением и ключевыми компонентами самооценки, особенно с умением оказывать влияние и искусством постоянства. Это говорит о том, что женщины, прибегающие к жестким диетическим ограничениям, испытывают значительные трудности в отстаивании своих границ и поддержании стабильного самоотношения. С другой стороны, высокие положительные корреляции с неудовлетворенностью телом и его образом указывают на роль негативного телесного опыта в формировании этого типа поведения. Важно отметить, что ограничительное поведение не связано значимо с самоуничижением, что позволяет предположить его компенсаторный характер – попытку через контроль над телом и питанием достичь чувства самоценности, минуя глубинные проблемы самоотношения.

Эмоциогенное пищевое поведение проявляет наиболее системный и интенсивный характер связей с самооночной сферой. Сильные отрицательные корреляции почти со всеми аспектами самооценки, особенно с искусством постоянства и общей самооночкой, в сочетании с высокой положительной связью с самоуничижением рисуют картину негативного самоотношения. Такой паттерн позволяет интерпретировать эмоциогенное питание как универсальный механизм регуляции интенсивного эмоционального дистресса, связанного с переживанием собственной несостоятельности. Примечательно, что этот тип поведения показывает умеренные, но значимые связи с неудовлетворенностью телом, что указывает на его комплексную природу, затрагивающую как самооночную, так и телесную сферу.

Экстернальное пищевое поведение имеет специфический профиль связей, отличающий его от других типов нарушений. Значимые отрицательные корреляции с компонентами самооценки, связанными с постоянством и самопринятием, в сочетании с отсутствием связей с коммуникативными аспектами, позволяют предположить, что этот тип поведения в большей степени отражает трудности саморегуляции, чем проблемы межличностного функционирования. Особенно показательной является сильная связь с

самоуничижением при отсутствии значимой корреляции с самоуважением, что свидетельствует о том, что экстернальное питание может быть связано с переживанием собственной неадекватности, не затрагивая при этом более глубокие слои самоотношения.

Общей закономерностью для всех типов нарушений является их тесная связь со способностью поддерживать стабильное самоотношение независимо от внешних обстоятельств. Этот факт указывает на возможную роль неустойчивости самооценки в генезе пищевых расстройств.

Таким образом, в группе женщин 25-35 лет наблюдается наиболее интенсивная и системная картина взаимосвязей между нарушениями пищевого поведения и психологическими переменными. Особенно выражены связи эмоциогенного пищевого поведения с различными аспектами самооценки, что говорит о его значимой роли в системе психологической дезадаптации в данном возрастном периоде. Ограничительное поведение имеет сильную связь с негативным образом тела, а экстернальное поведение оказывается именно с самоуничижением и нарушениями в самооценочной сфере.

Таблица 11 – Анализ связей нарушения пищевого поведения с самооценкой и образом тела у женщин 35-45 лет (n=30)

Параметр	Ограничительное	Эмоциогенное
Самоуважение	-0,050	-0,019
Шкала самооценки	-0,554**	-0,119
Умение устанавливать контакт	-0,500**	-0,124
Искусство принимать себя	-0,155	-0,422*
Искусство постоянства	-0,464*	0,091
Шкала удовлетворенности телом	0,414*	0,206
Удовлетворённость образом собственного тела	0,687**	0,604**
Примечание: уровень значимости: * - 0,05; ** - 0,01		

При анализе ограничительного пищевого поведения обнаружены статистически значимые отрицательные корреляции с общей шкалой самооценки ($r = \text{минус } 0,554, p \leq 0,01$), умением устанавливать контакт ($r = \text{минус } 0,500, p \leq 0,01$) и искусством постоянства ($r = \text{минус } 0,464, p \leq 0,05$).

Положительные корреляции выявлены с удовлетворенностью телом ($r=0,414$, $p\leq 0,05$) и удовлетворенностью образом собственного тела ($r=0,687$, $p\leq 0,01$).

Эмоциогенное пищевое поведение показало значимую отрицательную корреляцию только с искусством принимать себя ($r=$ минус $0,422$, $p\leq 0,05$). Положительные корреляции обнаружены с удовлетворенностью образом собственного тела ($r=0,604$, $p\leq 0,01$).

В отличие от женщин 25-35 лет, у которых наблюдались системные и интенсивные связи всех типов пищевого поведения с самооценочными характеристиками, в старшей возрастной группе выявляется более избирательный и дифференцированный паттерн.

Ограничительное пищевое поведение сохраняет значимые, хотя и менее интенсивные, связи с общей самооценкой, коммуникативными навыками и стабильностью самоотношения, но при этом теряет связь с базовым самоуважением и самопринятием. Это позволяет предположить, что с возрастом ограничительное поведение в меньшей степени служит компенсацией глубинных нарушений самоотношения и в большей степени связано с конкретными аспектами самофункционирования.

Наиболее показательные возрастные различия наблюдаются в паттерне эмоциогенного пищевого поведения. Если у молодых женщин этот тип демонстрировал связи практически со всеми аспектами самооценки, то в группе 36-45 лет эмоциогенное питание связано преимущественно с нарушением самопринятия. Такая трансформация может отражать возрастное развитие более зрелых механизмов эмоциональной регуляции, при которых пищевое поведение перестает быть универсальным способом совладания с различными формами психологического дистресса.

Важным объединяющим фактором для всех типов нарушений в обеих возрастных группах остается связь с негативным образом тела, хотя интенсивность этих связей в старшей группе несколько снижается. Это подтверждает гипотезу о том, что нарушения пищевого поведения на разных этапах зрелости сохраняют общую основу в виде негативного телесного опыта,

но при этом приобретают возрастнo-специфические особенности в своих взаимосвязях с самооценочной сферой.

Полученные результаты подчеркивают необходимость учета возрастных особенностей при разработке психологических рекомендаций развития самооценки и позитивного отношения к образу собственного тела. Для женщин 36-45 лет акцент следует делать на развитии конкретных аспектов самоотношения (самоуважения, самопринятия), в то время как для женщин 25-35 лет более эффективной может быть работа с системными нарушениями самооценки.

2.3. Психологические рекомендации развития самооценки и позитивного отношения к образу собственного тела

На основе проведенного эмпирического исследования, выявившего специфику взаимосвязей между пищевым поведением, самооценкой и образом тела у женщин разных возрастных групп, были разработаны дифференцированные психологические рекомендации.

Целесообразность разделения рекомендаций для женщин ранней (25-35 лет) и средней (36-45 лет) взрослости обусловлена различиями в интенсивности выявленных психологических взаимосвязей.

Для женщин в возрасте 25-35 лет рекомендации должны быть направлены на снижение интенсивного воздействия социокультурных стандартов и формирование устойчивого фундамента самоотношения. Ключевым направлением является психокоррекция, ориентированная на разрыв порочного круга «негативный образ тела – жесткие ограничения – срыв и самоуничижение».

Во-первых, необходима работа с когнитивными искажениями в восприятии тела. Здесь эффективны техники из когнитивно-поведенческой терапии, такие как когнитивная реструктуризация, направленная на выявление и опровержение автоматических негативных мыслей о внешности («мое тело

уродливо», «я толстая»). Целесообразно проведение психообразовательных сессий, разъясняющих механизмы влияния медиа и рекламы на формирование нереалистичных идеалов, а также развитие критического отношения к подобному контенту, особенно в социальных сетях.

Во-вторых, учитывая связь эмоциогенного пищевого поведения с низкой самооценкой и самоуничижением, важным является развитие навыков эмоциональной регуляции, не связанных с едой. Это могут быть техники для распознавания истинных эмоций и телесных сигналов (голод/насыщение), ведение дневника эмоций для идентификации триггеров переедания, обучение техникам релаксации и снятия напряжения.

В-третьих, необходима целенаправленная работа по повышению общего уровня самоуважения и самопринятия. Здесь эффективны упражнения, фокусирующиеся на сильных сторонах личности, достижениях и ценностях, не связанных с внешностью. Техники из терапии принятия и ответственности (АСТ), такие как работа с ценностями и развитие психологической гибкости, помогут сместить фокус с бесконечной борьбы с телом на построение осмысленной и полноценной жизни. Важно развивать «искусство принимать себя» через практики, которые позволяют обучать женщин относиться к себе с добротой и пониманием в моменты неудач, вместо критики и осуждения.

Для женщин в возрасте 36-45 лет психологические рекомендации должны учитывать их большой жизненный опыт, относительную стабильность некоторых аспектов самоотношения и смещение фокуса проблем с глобальной самооценки на конкретные аспекты самопринятия.

Учитывая выявленную связь ограничительного поведения с трудностями в установлении контактов, одним из ключевых направлений становится развитие социальных навыков и уверенности в межличностном общении. Групповая психотерапия или тренинги уверенного поведения могут предоставить безопасное пространство для отработки новых способов взаимодействия, где самооценку не будет зависеть от соответствия внешности мифическим стандартам.

Поскольку эмоциогенное переедание в этой группе связано именно с недостатком самопринятия, терапевтическая работа должна быть сфокусирована на этом аспекте. Эффективными могут быть нарративные практики, позволяющие переписать историю отношений с собственным телом, избавившись от влияния прошлого критического опыта, а также экзистенциальные подходы, помогающие принять возрастные изменения тела как естественную и ценную часть жизненного пути.

Важно помочь женщинам переформулировать цель заботы о теле не как стремление к недостижимому идеалу, а как проявление уважения к себе и инвестицию в собственное здоровье, энергию и долголетие. Учитывая более высокие показатели по шкале «искусство постоянства», можно опереться на эту сильную сторону, развивая практики осознанного питания, которые сочетают в себе внимание к телесным сигналам, вкусовым ощущениям и эмоциональному состоянию без жестких запретов и последующего чувства вины.

Рекомендуется также способствовать поиску и интеграции новых социальных ролей и источников самореализации, выходящих за рамки внешней привлекательности (профессиональные достижения, хобби, менторство, волонтерство), что позволяет диверсифицировать самооценку и сделать ее более устойчивой.

Таким образом, предложенные психологические рекомендации учитывают возрастную специфику психологических взаимосвязей. Для молодых женщин акцент делается на создании прочного фундамента самоотношения и выработке здоровых механизмов совладания со стрессом и давлением среды. Для женщин средней взрослости ключевым является пересмотр и гармонизация уже сложившихся паттернов, смещение фокуса с внешних стандартов на внутреннее благополучие и осмысленное принятие себя на новом жизненном этапе.

Заключение

Проведенное исследование было посвящено изучению взаимосвязи нарушения пищевого поведения с самооценкой и образом тела у женщин в возрастных группах 25-35 лет и 36-45 лет. Актуальность данной проблемы обусловлена высокой распространенностью расстройств пищевого поведения среди женского населения, их серьезными медико-психологическими последствиями и недостаточной изученностью возрастной специфики этих взаимосвязей. В ходе работы была подтверждена общая гипотеза о существовании значимой взаимосвязи между нарушениями пищевого поведения, самооценкой и образом тела у женщин, а также частные гипотезы, предполагающие, что женщины с более выраженными нарушениями пищевого поведения имеют более низкий уровень самооценки, а женщины с низкой удовлетворенностью телом имеют более высокий уровень эмоционального и ограничительного типов пищевого поведения.

Теоретический анализ научной литературы позволил установить, что расстройства пищевого поведения представляют собой комплексные психопатологические синдромы, в генезе которых переплетаются биологические, психологические и социокультурные факторы. Ключевыми психологическими механизмами выступают навязчивые мысли о еде, патологическая озабоченность массой тела и внешностью, заниженная самооценка и когнитивные искажения в восприятии собственной телесности. Образ тела, являясь многомерным конструктом и фундаментальным элементом Я-концепции, оказывает непосредственное влияние на самооценку и поведенческие паттерны, в том числе пищевые. Современное общество, пропагандируя культ стройности и нереалистичные стандарты красоты, создает мощный прессинг, особенно ощутимый для женщин, что приводит к феномену «нормативного недовольства телом» и способствует развитию дезадаптивных стратегий регуляции, среди которых нарушения пищевого поведения занимают одно из ведущих мест.

Эмпирическое исследование, в котором приняли участие 60 женщин, с использованием комплекса методик и методов математической статистики, позволило выявить ряд важных закономерностей. В общей выборке были обнаружены статистически значимые отрицательные корреляции между всеми типами пищевого поведения (ограничительным, эмоциогенным, экстернальным) и показателями самооценки. Наиболее сильные связи были выявлены между ограничительным поведением и самоуважением, эмоциогенным поведением и общей самооценкой, а также между всеми типами нарушений пищевого поведения и «искусством принимать себя». Это говорит о том, что женщины, склонные к девиантному пищевому поведению, характеризуются сниженным самопринятием, неустойчивой самооценкой и трудностями в самоуважении. Кроме того, обнаружены положительные корреляции между нарушениями пищевого поведения и неудовлетворенностью телом. Особенно выраженной была связь между ограничительным поведением и негативным образом тела.

Сравнительный анализ между возрастными группами выявил важные возрастные различия. Женщины в возрасте 25-35 лет имеют более высокий уровень экстернального пищевого поведения, что указывает на их большую подверженность влиянию внешних стимулов (вид и запах пищи, социальное окружение, реклама). Кроме того, именно в этой группе была зафиксирована значительно более высокая неудовлетворенность телом и его образом по сравнению с женщинами 36-45 лет. Это согласуется с данными о том, что молодые женщины в большей степени находятся под воздействием социокультурного давления, связанного с стандартами красоты.

В то же время, женщины группы 36-45 лет показали более высокие показатели по шкалам «искусство принимать себя» и «умение устанавливать контакт», что может говорить о развитии с возрастом большей самотолерантности, жизненной мудрости и социальной компетентности.

Наиболее релевантные результаты были получены в ходе корреляционного анализа, проведенного отдельно для каждой возрастной

группы. В группе 25-35 ограничительное пищевое поведение оказалось связано с низким самоуважением и общей самооценкой, а также с негативным образом тела. Эмоциогенное пищевое поведение продемонстрировало сильные отрицательные корреляции практически со всеми аспектами самооценки, особенно с «искусством постоянства» и «умением оказывать влияние», что указывает на его роль как дезадаптивного механизма эмоциональной регуляции на фоне глобальных нарушений самоотношения. Экстернальное поведение в этой группе было в первую очередь связано с самоуничижением.

В группе женщин 36-45 лет структура взаимосвязей оказалась иной – более избирательной. Ограничительное поведение значимо коррелировало с негативным образом тела и низкой общей самооценкой, но связи были слабее. Эмоциогенное поведение оказалось связано преимущественно с низким самопринятием, а не с общей самооценкой. Это позволяет сделать вывод о том, что с возрастом происходит трансформация психологических механизмов, связывающих самоотношение и пищевое поведение. На замену интенсивным связям приходят более дифференцированные и опосредованные, что, вероятно, отражает процесс личностного созревания и формирования более зрелых форм саморегуляции.

На основании полученных результатов были разработаны психологические рекомендации, направленные на развитие самооценки и формирование позитивного отношения к образу собственного тела у женщин.

Таким образом, проведенное исследование достигло своей цели, задачи были решены, а гипотезы подтверждены. Перспективными направлениями для дальнейших исследований могут стать лонгитюдные исследования динамики изучаемых феноменов, а также изучение эффективности конкретных психокоррекционных программ, разработанных с учетом выявленных возрастных особенностей.

Список используемой литературы

1. Артемцева Н.Г. Феномен созависимости: психологический аспект. М. : РИО МГУДТ, 2012. 222 с.
2. Баранская Л.Т., Татаурова С.С. Методика исследования образа тела: учебное пособие. Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2011. 82 с.
3. Батурина Г.И. Эмоции и чувства как специфическая форма отражения действительности. СПб. : Питер, 2018. 109 с.
4. Белов В.В., Гольдштейн К.В. Актуальные вопросы психологии развития и формирования личности: методология, теория и практика // Сборник материалов второй всероссийской научно-практической конференции. 2019. С. 72.
5. Белогай К.Н. Взаимосвязь пищевого поведения и параметров образа тела, обусловленных средовыми предикторами, у девушек в период юности // Известия Иркутского государственного университета. Серия: Психология. 2018. Т. 26. С. 14–29.
6. Белогай К.Н. Образ тела женщины в период ранней взрослости // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Педагогика, психология. 2018. №. 4. С. 37-45.
7. Белогай К.Н., Морозова И.С. Субъективные характеристики образа тела девушек на разных этапах психосоматического развития // Сибирский психологический журнал. 2019. № 74. С. 167–182.
8. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. М. : Прогресс, 2016. 420 с.
9. Бобров А.Е. Психопатологические аспекты нервной анорексии // Альманах клинической медицины. 2015. № 51.
10. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. СПб. : Питер, 2007. 449 с.
11. Боулби Дж. Привязанность. М. : Гардарики, 2003. 477 с.
12. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей. М. : Наука, 2014. 272 с.

13. Бреслав Г.М. Эмоциональные особенности формирования личности в детстве. М. : Просвещение, 2016. 176 с.
14. Бронникова С. Изоляция и расстройство пищевого поведения: как вернуться без потерь. М. : Эксмо, 2020. 326 с.
15. Васильева Е.А., Жедунова Л.Г. Особенности базисных убеждений личности с нарушением пищевого поведения // Ярославский педагогический вестник. 2016. № 3. С. 231-243.
16. Головина Е.В. Уверенность в себе лиц, занимающихся различными видами физической активности // Научная ассоциация ученых. 2019. № 49. С. 124-131.
17. Головина Е.В. Уверенность: познавательный и индивидуально-личностный аспекты. М. : Институт психологии РАН, 2020. 232 с.
18. Демешкина Л.В., Сердюченко О.Н. Нервная анорексия: обзор и клинический случай // Гастроэнтерология. 2015. № 3. С. 23-32.
19. Дитюк А.А. Адаптация теста сепарационной тревоги взрослых ASA-27 (Adult Separation Anxiety Questionnaire) на российской выборке // Педагогические исследования. 2016. № 46. С. 12-31.
20. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков. Анамнез, этиология и патогенез. Л. : Медицина, 1988. 244 с.
21. Изард К. Э. Психология эмоций. СПб. : Питер, 2018. 464 с.
22. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. СПб. : Питер, 2018. 254 с.
23. Карандашев В.Н., Лебедева М.С. Спилбергер Ч. : Изучение оценочной тревожности. М. : Речь, 2016. 80 с.
24. Кеннон В. Физиология эмоций. Телесные изменения при боли, голоде, страхе и ярости. М. : Просвещение, 2019. 200 с.
25. Кибитов А.О., Мазо Г.Э. Генетические исследования нарушений пищевого поведения: выход из замкнутого круга нозологической систематики // Социальная и клиническая психиатрия. 2016. Т. 26. № 4. С. 63–70.
26. Коркина М.В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. М. : Наука, 2014. 407 с.

27. Макарова Е.А., Тищенко И.А., Куренкова В.Ю. Анализ психологической взаимосвязи социальных идеалов внешности и неудовлетворенности собственным телом: гендерный аспект // Международный научно-исследовательский журнал. 2024. № 3 (141). URL: <https://research-journal.org/archive/3-141-2024-march/10.23670/IRJ.2024.141.56> (дата обращения: 13.02.2025).

28. Макгрегор Р. Когда здоровое питание вредит. Орторексия. М. : Альпина, 2018. 188 с.

29. Малер М., Пайна Ф., Бергман А. Сепарация-индивидуация в перспективе // Журнал практической психологии и психоанализа. 2003. № 4. С. 310-321.

30. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения: справочник практического психолога. М. : Эксмо, 2019. 1041 с.

31. Мариллов В.В., Артемьева М.С., Сулейманов Р.А. Результаты длительного исследования нарушений пищевого поведения // Вестник Российского университета дружбы народов. 2006. № 2. С. 24-34.

32. Менделевич В.Д. Клиническая медицинская психология. М. : Феникс, 2018. 360 с.

33. Минирт Ф., Майер П. Наркотик под названием «еда». М. : Триада, 2016. 364 с.

34. Михайлова А.П., Иванова Д.А., Штрахова А.В. Вопросы квалификации и психологической диагностики пищевого поведения в норме и при его нарушениях // Вестник ЮУрГУ. 2019. 104 с.

35. Михайлова А.П., Штрахова А.В. Пищевое поведение в норме, в условиях стресса и при патологии // Вестник ЮУрГУ. 2018. 84 с.

36. Мухина Ю.И. Исследование взаимосвязи самооценки личности с удовлетворенностью внешним видом // Гуманизация образования. 2018. № 4. С. 90-96.

37. Овчарова Р.В. Психологические особенности женщин с нарушением пищевого поведения // Вестник КГУ. 2016. 96 с.

38. Павлова Н.В., Филиппова Е.В. Взаимосвязь пищевого поведения и формирования образа тела у детей и подростков в контексте детско-родительских отношений // Электронный журнал «Современная зарубежная психология». 2020. № 4.

39. Патрикеева Э.Г., Соловьева О.А. Влияние моды и современных стандартов красоты на сознание и поведение девушек // Молодой ученый. 2015. № 24 (104). С. 1092–1096.

40. Рагозинская, В. Г. Взаимосвязь фэббинга и Я-функций у лиц молодого возраста // Известия высших учебных заведений. Уральский регион. 2021. № 3. С. 90–118.

41. Рамси Н., Харкорт Д. Психология внешности. СПб. : Питер, 2011. 256 с.

42. Скугаревский О.А. Нарушения пищевого поведения: монография. Минск : БГМУ, 2007. 340 с.

43. Сычева Т.Ю., Султанова А.Н., Слугин А.В., Кустова Е.А. Клинико-психологические особенности лиц с нарушениями пищевого поведения. // Безопасность человека в экстремальных климато-экологических и социальных условиях. Новосибирск : Частное учреждение дополнительного профессионального образования «Сибирский институт практической психологии, педагогики и социальной работы», 2020. С. 162–164.

44. Фрейд З. Я и Оно. СПб. : Азбука, 2015. 288 с.

45. Хавыло А.В., Ситцева М.С., Еремина И.И. Удовлетворенность образом тела как компонент субъективного благополучия человека // Известия Иркутского государственного университета. Серия : Психология. 2021. Т. 38. С. 100–113.

46. Хафизова А.А., Негашева М.А. Влияние особенностей телосложения юношей и девушек на самооценку внешности и неудовлетворённость своим телом // Вестник Московского университета. Серия 23. Антропология. 2019. № 3. С. 25–41.

47. Цурин Д.Л., Бородина И.И. Особенности образа тела молодых людей на занятиях фитнесом // Электронный научный журнал. 2018. С. 30–32.

48. Чухров А.С., Чухрова М. Г. Анализ мотивации спортивной деятельности при аддикции упражнений // Мир науки, культуры, образования. 2018. № 6 (73). С. 431–432.
49. Эльконин Д.Б. Детская психология. СПб. : Питер, 2018. 326 с.
50. Эриксон Э. Детство и общество. СПб. : Мастера психологии, 2019. 448 с.
51. Ainsworth M.D.S., Bell S.M. Some contemporary patterns of mother-infant interaction in the feeding situation // Stimulation in early infancy (Ambrose, A., ed.). New York: Academic Press, 2016. 437 p.
52. Allen M.S., Celestino S. Body image mediates an association between personality and mental health // Australian Journal of Psychology. 2018. Vol. 70. No. 2. P. 179–185.
53. American Psychiatric Association. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5. Washington: American Psychiatric Association, 2013. 947 p.
54. Awad E. et al. Profile of maladaptive and normative eating behaviors in correlation with rumination: a cross-sectional study among Lebanese adults // Psicologia: Reflexão e Crítica. 2025. Vol. 38. No. 1. P. 2.
55. Bruch H. Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa, with a New Foreword by Catherine St. Harvard University Press, 2011. 176 p.
56. Brytek-Matera A. Negative affect and maladaptive eating behavior as a regulation strategy in normal-weight individuals: A narrative review // Sustainability. 2021. Vol. 13. No. 24. P. 137–154.
57. Burgon R.H., Beard J., Waller G. Body image concerns across different sports and sporting levels: A systematic review and meta-analysis // Body Image. 2023. Vol. 46. P. 9–31.
58. Cash F.T. Body image: past, present and future // Body Image: An International Journal of Research. 2004. Vol. 1. P. 1–5.
59. Grogan S. Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children. Routledge, 2021. 266 p.

60. Keel P.K., Brown T.A. Update on course and outcome in eating disorders // International Journal of Eating Disorders. 2010. P. 439-502.
61. Keel P.K., Forney K.J. Psychosocial risk factors for eating disorders // International Journal of Eating Disorders. 2013. P. 327.
62. Kugler K., Jones W.H. On conceptualizing and assessing guilt // Journal of Personality and Social Psychology. 1992. Vol. 62. P. 318–327.
63. Maltais-Lévesque C., Legendre M., Bégin C. Examining maladaptive eating behaviors and psychological difficulties among women with compulsive eating and obesity: a latent profile analysis // Journal of Eating Disorders. 2025. Vol. 13. No. 1. P. 36-41.
64. Padín P.F. et al. Social media and eating disorder psychopathology: A systematic review // Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace. 2021. Vol. 15. No. 3. P. 121–134.
65. Raymond N. C. et al. A comparison of energy intake and food selection during laboratory binge eating episodes in obese women with and without a binge eating disorder diagnosis // International Journal of Eating Disorders. 2007. Vol. 40. No. 1. P. 67–71.
66. Sander J., Moessner M., Bauer S. Depression, anxiety and eating disorder-related impairment: moderators in female adolescents and young adults // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021. Vol. 18. No. 5. P. 27–79.
67. Tiggemann M., Miller J. The Internet and adolescent girls' weight satisfaction and drive for thinness // Sex Roles. 2010. Vol. 63. P. 79–90.
68. Toselli S. et al. Body Image Perception in Adolescents: The Role of Sports Practice and Sex // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022. Vol. 19. No. 22. P. 151–190.
69. Yu Z., Muehleman V. Eating disorders and metabolic diseases // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023. Vol. 20. No. 3. P. 24–46.