Введение

Актуальность темы исследования. Интерес к исследованию роли отца при нарушениях и расстройствах пищевого поведения у людей разного возраста неуклонно расширяется. Нарушения пищевого поведения сегодня являются важнейшей междисциплинарной проблемой, фиксирующей на себе внимание специалистов разных предметных областей. Невзирая на тот факт, что пищевое поведение неразрывно взаимосвязано с удовлетворением витальной потребности, значимая роль в вопросах его формирования отводится самым разным психологическим и социокультурным факторам, включая семейные традиции в целом и влияние отца в частности.

На сегодняшний день роль семьи и ближайшего социального окружения с точки зрения формирования пищевых привычек исследуется огромным числом специалистов, а именно М. Ю. Дурневой, 2014; О. А. Скугаревским и С. В. Сивухой, 2003, 2005; Н. В. Зверевой и Е. И. Дубровской, 2013; В. И. Шебановой и С. Г. Шебановой, 2013; Birch L., Savage J., Ventura A, Scaglioni S., Reijonen 2003; Eliassen E, 2011; Loth K., 2013). Ключевое внимание очень многих исследователей сосредотачивается преимущественно на динамике, присущей пищевому поведению и его расстройствам в онтогенезе, значимости родительского пищевого поведения в вопросах формирования пищевого поведения у ребенка.

Следует отметить, что в отечественных литературных источниках, как правило, демонстрируются результаты исследований медицинских аспектов нарушений в пищевом поведении. Тем не менее, в течение последних нескольких лет публикуется все большее число работ, нацеленных именно на изучение вполне конкретных психологических проблем, взаимосвязанных с нарушением пищевого поведения. В их числе целесообразно назвать работы, авторами которых являются Александрова Р.В. и Мешковой Т.А. (2016); Каменецкая Е.В. и Ребеко Т.А. (2015); Иванов Д.В. и Хохрина А.А. (2019); Николаева Н.О. (2012) и некоторые другие.

В зарубежных публикациях 2014-2019 гг. включая хорошо известные издания Body Image, International Journal of Eating Disorders, Appetite, PLoS ONE и ряде других, проблематика, связанная с пищевыми нарушениями и отношением к собственному телу, сегодня представлена достаточно широко. Публикуются и результаты вполне конкретных исследований, а также мета-анализы, что очень важно. Для того, чтобы квалифицированно и высокоэффективно оказывать психологическую и психотерапевтическую помощь в критических жизненных ситуациях, с целью правильного воспитания подрастающего поколения, требуется знать и уметь применять на практике понимание психологических особенностей людей, страдающих нарушениями и расстройствами пищевого поведения.

Цель исследования: изучение роли отца при нарушениях и расстройствах пищевого поведения у людей разного возраста.

Задачи исследования:

1. Рассмотреть виды расстройств пищевого поведения в отечественной и зарубежной психологии.
2. Выявить индивидуально-личностные особенности людей, страдающих расстройствами пищевого поведения.
3. Определить особенности семей и роли отца, члены которых страдают расстройствами пищевого поведения.
4. Рассмотреть вопросы организации и методы исследования влияния роли отца на течение расстройств пищевого поведения у людей разного возраста.
5. Проанализировать и выполнить интерпретацию результатов исследования влияния отцовской фигуры на течение РПП у людей разного возраста.
6 Выполнить сравнительный анализ всех полученных в ходе работы результатов.

Объект исследования: нарушения и расстройства пищевого поведения у людей разного возраста.

Предмет исследования: роль отца при нарушениях и расстройствах пищевого поведения у людей разного возраста.

Гипотеза исследования:

1) Показатели выраженности признаков, свойственных расстройствам пищевого поведения, взаимосвязаны с деструктивными форматами детско-родительских взаимоотношений.

2) Взаимоотношения с отцом неразрывно взаимосвязаны с наличием признаков, характерных для нарушений и расстройств пищевого поведения у людей разного возраста.

База исследования: Московский институт психоанализа

Характеристика выборки. В исследовании участвовало 46 человек, поделенных на две возрастные группы. Первая группа включила в себя людей 30 лет и моложе 30 лет, а респонденты старше 30 лет составили вторую группу.

Методы исследования: для решения поставленных задач в работе использовались методы исследования:

- - *теоретические*: теоретический анализ и синтез, обобщение и систематизация имеющихся в психологической литературе научных представлений по теме исследования;
- - *эмпирические*: опрос, тестирование, анкетирование; контент-анализ;
- -*статистические, математические*: количественная и качественная обработка материалов методами математической статистики, сравнение и интерпретация полученных данных. была использована процедура расчета ранговой корреляции при помощи R - критерия ранговой корреляции Спирмена. Достоверность межгрупповых различий проверялась с помощью U-критерия Манна-Уитни. Для упорядочивания и сортировки данных использовалась программа Excel корпорации Microsoft, статистическая обработка количественных данных проводилась с

помощью пакета программ статистической обработки данных IBM SPSS Statistics 26

Методики исследования:

- Тест отношения к приему пищи» (Eating Attitudes Test, EAT)
- Шкала оценки пищевого поведения ШОПП (Eating Disorder Inventory – EDI, авторов D.M. Garner, M.P. Olmstead, J.P. Polivy, русскоязычная адаптация Ильчик О.А., Сивуха С.В., Скугаревский О.А., Суихи С.).
- Методика «Родителей оценивают дети» И.А. Фурманова и А.А. Аладьина
- Шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина
- Методика исследования самоотношения С. Р. Пантелеева

Теоретическая значимость исследования: анализ литературных источников, позволяющих расширить и конкретизировать знания с точки зрения особенностей пищевого поведения, обеспечивает выявление возможных факторов риска и построение вероятной объяснительной модели по формированию доклинических форм нарушений пищевого поведения.

Практическая значимость исследования: результаты исследования могут быть использованы в деятельности психологических консультативных служб при работе с пациентами возраста с целью оказания психологической помощи при нарушениях и расстройствах пищевого поведения.

Глава I. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЕ РОЛИ ОТЦА И ТИПА СЕМЬИ НА ФОРМИРОВАНИЕ РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

1.1 Виды расстройств пищевого поведения в отечественной и зарубежной психологии

На современного человека влияет большое количество факторов, многие из которых негативно влияют на его жизнь и приводят к изменениям в его психике и поведении. Расстройства пищевого поведения в результате такого воздействия препятствуют гармоничному и эффективному развитию личности на всех этапах возрастного развития, становясь препятствием для эффективной самореализации личности. Актуальность исследования и разработки современных методов диагностики и психологической поддержки клиентов с расстройствами пищевого поведения определяется распространенностью этих заболеваний, снижением трудоспособности данной категории людей, их инвалидностью и смертностью.

Анализ литературы показывает, что помимо проблем, связанных с физическим состоянием, люди с расстройствами пищевого поведения имеют значительное количество психологических факторов риска: заниженная самооценка, негативное отношение к себе, самокритика, зависимость, неуверенность в себе. и собственная социальная непривлекательность, большая неудовлетворенность личной и семейной жизнью. В связи с этим необходимы исследования для определения способов улучшения качества жизни людей с расстройствами пищевого поведения и изменения их отношения к себе.

Пищевое поведение включает в себя отношение к еде, поведение, привычки и эмоции, уникальные для каждого человека. Пищевое поведение может быть гармоничным или девиантным, что зависит от многих параметров, в том числе от места процесса питания в иерархии

индивидуальных ценностей, а также от количественных и качественных показателей питания.

Расстройства пищевого поведения включают нервную анорексию, нервную булимию и компульсивное переедание. Предотвратить и минимизировать подобные нарушения можно, создав сложные медицинские условия (обращение за помощью к врачу-эндокринологу-диетологу), социальные (формирование образа красивого тела в массовом сознании) и психологические.

Рассматривая пищевое поведение, нужно признать, что стандартно феномен закреплен за активными формами существования. Именно врождённая потребность двигает индивидом, чтобы обеспечить организм нутриентами. Предположим, что поведение отклоняется от нормы, из-за чего ставится цель выявить причины. С точки зрения психологии, патология возникает на основание разнообразных факторов, а предпосылки ее развития многолики. В первую очередь, руководствуются связанными с возрастным критерием особенностями.

В настоящий момент современная психология свидетельствует, что неправильное пищевое поведение сопровождает расстроенную естественную сферу, становится проблемным физиологическим процессом, дополняет общую клинику.

Сейчас проблема успешно диагностируется отдельными рубриками как самостоятельная. Но ещё совсем недавно в классификаторах с разнообразными патологиями указанные расстройства отражены не были. Современные реалии доказывают, что для молодых людей особую остроту приобретает проявление нервной пищевой анорексии. Но аналогичных расстройств, настолько противоречиво воспринимающих медицинской аудиторией, не существует, из-за чего возник целый ряд научных исследований этой темы.

Еще до того, как были описаны особенности и основополагающие факторы, связанные с женской нервной анорексией, была зафиксирована

мужская анорексия. Симптомы подобного пищевого расстройства сходны, как у мужчин, так и у женщин. Единственным отличием является то, что мужчины менее выражено худеют. Также есть определенная взаимосвязь между мужской нервной анорексией и гомосексуальной активностью. Примерно 40% мужчин, которые страдают этим пищевым расстройствам, относятся к подобному меньшинству.

Если оценивать то, как формировались взгляды на такую форму пищевого расстройство, можно отметить, что в начале, после того, как была зафиксирована нервная анорексия, ее напрямую связывали с религиозными устоями. Очень многие в те века соблюдали посты, худели. Более того, худоба считалась признаком божественного знака.

Чуть позже, когда от подобной худобы стало страдать достаточно большое количество людей, нервная анорексия приобрела размах научной проблемы. Впервые нервная анорексия в подробностях была описана во второй половине XIX века. Ее стали отмечать сотрудники специализированных викторианских приютов. Они стали описывать это, как совершенно новый синдром. Человек с таким недугом полностью отказывался от пищи или выстраивал особое избирательное питание.

Если такая проблема отмечалась у дочерей уважаемых в обществе людей, они, как правило, предпочитали лечиться у частных врачей. Девушек отправляли в санатории, на курорты. Это было не только желанием родителей, но и врачебным показанием, позволяющим избежать стигматизации. По этой причине, настолько редко встречались какие-либо данные о подобной форме пищевого поведения вне клиники. Как только девушка заболела анорексией, родители отправляли ее куда-либо на лечение, где она, как правило, приходила в норму. Никто из врачей не фиксировал ее состояние, списывали на разные другие проблемы.

Официально диагноз нервной анорексии стали применять в начале XX века. Именно в это время стали появляться максимально подробные отчеты, в которых описывались физические проявления этого пищевого

расстройства. В частности, очень подробно вначале XX века нервную анорексию описал T. Allbutt [30, с.362].

Все исследования, которые касались нервной анорексии в XX веке, концентрировались на физиологических, психологических, а также психодинамических факторах, но часто не исключался и генетический характер.

Многочисленные исследователи стали уделять внимание таким вопросам, связанным с нервной анорексией, как:

- установка диагностических критериев;
- проведение дифференциальной диагностики;
- эпидемиология;
- этиология;
- лечение.

До середины 20-ого века случаи зафиксированной анорексии были достаточно редкие. В частности, в Нью-Йорке в период с 1916 по 1925 года с данным пищевым расстройствам было госпитализировано всего 4 пациентки [30, с.362].

Чуть позже в шестидесятые годы западные коллеги отметили особые анорексический взрыв. Количество больных стремительно увеличилось. Именно по этой причине в МКБ появилась диагностическая рубрика, которая так и называлась – нервная анорексия. Как показывают статистические данные, сегодня в Соединенных Штатах Америки от подобной формы нарушения пищевого поведения страдает более 5 млн. человек. 90% из них подростки.

Огромное количество врачей из Швеции, США, Англии, Канады, Германии, Австралии, в частности, физиологи и психологи, сообщают о

том,что нервная анорексия достаточно широко распространена сегодня. Не менее популярной патологией пищевого расстройства является булимия, от которой страдает очень много подростков и молодых людей.

Если изучить медицинские источники, в частности, литературу «Medline», можно понять, что примерно 0,3% молодых женщин болеют нервной анорексией. Если перевести это на цифровые данные в соотношении получается 8 человек на 100 000. Периодичность заболеваемости распространяется на год. Говоря иными словами из 100 000 населения в год заболевает примерно 8 человек [1, с.88].

Специалисты из Германии по поводу нервной анорексии провели определенное эпидемиологическое исследование. Данные манипуляции проводились в одном из населенных пунктов, расположенных на севере страны. Согласно проведенным проверкам был сделан вывод, что среди населения страдает нервной анорексией примерно 0,7%.

Подобные исследования также проводили и австралийские ученые. Они проверяли, осуществляли масштабное катамнестическое исследование. На основании полученных данных ими был сделан вывод, что риск нервной анорексии связан с соблюдением определенных диет. При этом такое явление, как физические упражнения, которыми многие занимаются для того, чтобы контролировать вес, практически не коррелируется с последующим развитием данного пищевого расстройства.

Все это вызвало определенную озабоченность в обществе и среди медиков. Проблема нарушений пищевого поведения была доказана определенными статистическими данными. В 2000 году весной T. Kendrick написал, что в современных развитых экономических странах в сфере охраны психического здоровья, в первую очередь, решается три такие главные проблемы, как:

- злоупотребление психоактивными препаратами;
- депрессия;

● нервная анорексия и другие расстройства пищевого поведения

Примерно в это же время в литературе и в определенных медицинских источниках стала появляться информация совершенно иного плана. В частности, было прописано, что за последние годы не был отмечен фактор увеличения распространенности такой проблемы, как нервная анорексия. Особенно ярко положительная динамика отмечалась среди детей и подростков, проживающих в Испании. При этом какие-либо нарушения, связанные с общим пищевым поведением, в реальных формах патологии стали встречаться практически в 4 раза больше.

Т.И. Семина провела тест, который назывался - Отношение к еде. Осуществлен он был в 1982 году. Примерно в это же время была осуществлена проверка по методике Спилбергера. Здесь участвовали школьницы 9 класса и студентки 2 и 5 курса, которые обучались в Сибирском ГМУ в городе Томске [15, с.81].

По результатам этого исследования трудно было интерпретировать какие-то либо однозначные результаты. В целом, специалисты отметили, что существует прямая связь между риском развития пищевого поведения, а также тем, на каком уровне находится личностная тревожность. Также было установлено, что у нервной анорексии, есть одна определенная отличительная черта. Речь идет о повышенной статистике смертности среди пациентов, которые страдают подобным пищевым расстройством [31, с.34].

Польская медицинская статистика показала, что смертность в данном случае достигает 18%. У многих из них нервная анорексия вызывает определенные проблемы в желудочно-кишечном тракте. В основной массе они возникают по причине бесконтрольного применения мочегонных и слабительных средств. На территории Австралии уровень смертности таких больных в одно время был достаточно высоким, но сегодня он уменьшился.

В работе Альбицкой Ж.В. представлены формы патологического пищевые расстройства [1, с.200]. По мнению Рафиковой Ю.С., мальчики,

родившиеся преждевременно, значимо чаще девочек реализуют нарушения пищевого поведения [13, с.7].

В мировых руководствах по клинической психиатрии нарушение пищевого поведения имеют подробное описание и распределение на коды. На основании этого можно понять, какие нарушения относятся исключительно к пищевому поведению:

- F50.0 - нервная анорексия;
- F50.1 - атипичная нервная анорексия;
- F50.2 - нервная булимия;
- F50.3 - атипичная нервная булимия;
- F50.4 - переедание - реакция на дистресс;
- F50.5 - психогенная рвота;
- F98.2 - расстройство питания у младенцев;
- F98.3 - поедание несъедобного (пика).

Как видно в представленном перечне, нервной анорексии отведено первое место. Довольно часто отказ от употребления пищи сочетается с одновременным приготовлением самых разнообразных блюд, которыми больные закармливают своих знакомых и родственников.

Особого внимания заслуживает и нервная булимия. Во всех подробностях она была подписана несколько раньше, чем нервная анорексия, примерно в 1940 году. Многие специалисты считают, что эти формы пищевого расстройства идентичные. Примерно 25 лет назад некоторые ученые полагали, что булимия и анорексия несколько надуманы. Считали их

умозрительными конструкторами, которые нужно объединить под общим термином - синдром пищевого хаоса.

В Германии не так давно провели опрос посредством анкетирования. Главной целью его было установить индекс массы тела у определенного количества граждан. Современные математические расчеты по этой базе показали, что значение индекса не имеет никакой прямой связи с нарушениями пищевого поведения. Говоря иными словами, у определенных лиц может быть недостаток массы тела, но при этом полностью отсутствуют какие-либо другие симптомы булимии или нервной анорексии.

S. Gravestock с уверенностью полагает, что существующие на сегодня коды и распределения, прописанные в МКБ, не позволяют в подробностях описать все те нарушения пищевого поведения, которые отмечаются у подростков и взрослых людей. Именно поэтому он предложил разработать для них специальные отдельные рубрики. Говоря иными словами, потребовалось расширить диагностическую квалификацию данных заболеваний [27, с.72].

Специалисты из России также несколько не удовлетворены теми диагностическими критериями, которыми характеризуется пищевое нарушение в таблице МКБ. Многие из них предлагают по-настоящему оригинальные формы, посредством которых необходимо описывать клиническую картину нервной анорексии.

В НИИ питания РАМН обследовали 87 человек, которые страдали булимией. На основании проведенных исследований был сделан вывод, что необходимо диагностировать такие формы булимии, как реактивная, то есть реакця на высокие психологические нагрузки, и аутохтонная, которая начинается в подростковом возрасте, когда человек постоянно хочет есть, при этом стремясь сохранить фигуру.

Достаточно радикальной точки зрения в данном случае придерживается В. И. Крылов. По его мнению, высокие показатели коморбидности, присущие всем аффективным расстройствам, а также

нервной булимии и анорексии, позволяют относить эти нарушения к расстройствам, относящимся к категории депрессивного синдрома.

Примерно такой же взгляд на проблему, связанную с нервной анорексией представляют авторы из Польши. Они отмечают, что провели определенные наблюдения и пришли к выводу о том, что нервная анорексия полностью тождественна с таким явлением, как дисморфофобия, то есть с искаженным восприятием своего тела. Сбой в пищевом поведении, который по статусам МКБ имеет отдельный диагноз и носит название «пик» или «пикоцизм» (F98.3), характеризуется тем, что человек постоянно употребляет в пищу разные несъедобные материалы и вещества. Также сюда относится такая патология, при которой больной в большом количестве употребляет какой-то один продукт.

Французские авторы написали по-настоящему уникальную публикацию. Она была посвящена особой форме нарушений пищевого поведения [12].

Сегодня существуют два главных руководства, представляющих собой видовую классификацию:

- «DSM-5», применимая в Америке;
- «МКБ-10» -используемая в Европе и России.

Нервная анорексия характеризуется тем, что человек преднамеренно всеми возможными способами стремиться снизить свой вес. Вызывается эта патология самим пациентом и на протяжении определенного времени поддерживается им. Что касается нервной булимии, то это определенное расстройство, при котором человек постоянно переедает, а по причине того, что одновременно с этим он контролирует свой вес, он использует те или иные виды компенсации. Среди самых распространенных из них можно выделить следующие:

- вызов рвоты;

- периоды голодания;
- прием диуретиков;
- использование слабительных.

Применение данной методики больной булимией стремится компенсировать и аннулировать то, что он съел в процессе переедания.

Особого внимания заслуживает такая форма патологии, как нервная орторексия. Речь идет о расстройстве, связанном с приемом пищи. Она характеризуется тем, что человек чрезмерно стремится к здоровому и правильному питанию. За счет этого он существенно ограничивает себя при выборе продуктов. Подобное явление на данный момент еще не вошло ни в одну из категорий классификации. При этом развитие приверженцев подобного правильного здорового питания становится все больше. Не у всех из них соблюдаются определенные рамки и не всем из них идет подобное питание на пользу.

Тем не менее, ключевым направлением лечения расстройства пищевого поведения является работа с психологом, где для клиентов важно помочь им увидеть и исправить несколько ключевых проблем, которые являются общими для людей с расстройствами пищевого поведения:

- помогают разрешить серьезные семейные трудности, например, запутанные отношения между членами семьи, чрезмерная опека и резкость по отношению к клиенту, их неспособность эффективно выходить из конфликтных ситуаций;

- помочь человеку установить контакт со своим телом;

- расширять и разнообразить список источников удовольствия, радости, сведя все, что связано с едой (приготовление пищи, кормление близких и сама еда) до не более чем одного элемента.

Решение существующей проблемы заключается во взаимодействии не только медицины, но и других специалистов, в первую очередь психологов,

готовых работать с причинами расстройств пищевого поведения. В частности, психологи изучают и работают с причинами, которые вызывают пищевую зависимость и приводят к расстройствам пищевого поведения.

Важным аспектом в массовой работе по профилактике расстройств пищевого поведения является изменение государственной политики в области здорового питания людей, разработка программ, направленных на повышение физической и социальной активности, формирование культуры пищевого поведения, изменение сознательность таких людей и минимизация проявлений расстройств пищевого поведения.

1.2 Индивидуально-личностные особенности людей, страдающих расстройствами пищевого поведения

Тема, связанная с расстройством пищевого поведения, считается достаточно актуальной на сегодня проблемой. Причина в том, что достаточно стремительно растет количество людей, имеющих избыточный вес. Не меньшее количество людей, у которых наблюдается гипертрофированное стремление снизить его.

Все это говорит об определенном культе еды, о переедании или о пищевом аскетизме, диетомании. Люди молодого возраста в массе своей очень придирчивы к своей внешности. Это приводит к тому, что у них появляются завышенные эталоны физической привлекательности, к которым они всеми возможными и невозможными способами пытаются стремиться и соответствовать. Они стремятся к определенным пищевым девиациям, на основании чего получают неполноценные формы психоэмоциональной адаптации. Современному человеку сложно принять реалии современной жизни, от чего появляется достаточно большое количество всевозможных проблем.

Современная психиатрия и психология активно исследует нарушения пищевого поведения и зафиксировала немало отклонений. Рамки исследования определены таким континуумом, который лежит в пределах нервной булимии и анорексии. Дополнительно специалисты акцентируют такую категорию, как компульсивное переедание [16, с.400].

Не имеет значения кто, стремится ли пациент переедать или недоедать, но пищевое поведение отражает, что расстройство носит характер биопсихосоциального [7].

Не только в России, но и за рубежом скрупулезный анализ статистики показал, что психологические и психические патологии, так или иначе затрагивающие нарушения пищевого поведения, становится более распространёнными, стремительно увеличиваются в количестве. При этом специалисты отмечают, что заболевание более распространено в среде женского контингента, а мужчины менее склонны к подобным отклонениям. Предпосылки резкого подъема частоты патологии изучены не окончательно. Ясно одно, что одним из основополагающих факторов считается то, что существенно изменяются критерии нормальной фигуры. Одновременно с этим меняются личностные особенности современного человека.

Согласно статистическим данным и проведенным анализам выявлены некоторые процентные соотношения. На основании их становится ясно, что нервная анорексия среди женщин распространена в процентном соотношении от 0,5 до 3,7%. При этом сюда входят особые субклинические формы. Что касается нервной булимии, то в данном случае процентное соотношение колеблется в диапазоне от 1,1 до 4,2%.

Истинная распространенность данного расстройства трудно определяется. Причина в том, что пациенты довольно часто вынуждены скрывать все свои симптомы. Лица, у которых есть некоторые расстройства в пищевом поведении, характеризуется особым специфическим личностным профилем, который во многом объясняет их поведение [5].

Несмотря на это, присутствует определенная неоднозначность в процессе выстраивания психологической картины личностей,у которых присутствует расстройство пищевого поведения. Это неоднозначность и несоответствие сохраняются также по сей день.

Становится понятно, что пищевые расстройства, а также всевозможные нарушения выражаются в упомянутом выше континууме. Они могут проявляться по-разному, начиная от достаточно серьезных клинических признаков, заканчивая незначительными нарушениями пищевого поведения. Кроме того, эту проблему можно рассматривать в качестве особой формы психического состояния. Это является особой формой жизнедеятельности организма, а также поддержание его на особом уровне его функционирования. На основании этого можно сделать вывод, что стандартная пищевая зависимость, если ее рассматривать, как психическое состояние личности, определяет физиологические, а также психологические характеристики больного.

В процессе рассмотрения и изучения общей эмоциональной регуляции, а также когнитивных искажений, у многих специалистов получилось сделать выводы, которые имеют значение для того, чтобы все принятые на сегодня реабилитационные и психотерапевтические мероприятия были максимально использованы. При этом речь идет о больных, которые имеют исключительно только эту проблему, связанную с нарушением пищевого поведения.

Основная масса когнитивных искажений препятствует адаптации. Кроме того, погружает человека в определенную иллюзию. Он находится в ней какое-то время и совершенно неспособен справиться со своей стрессовой ситуацией, а также с проявлениями депрессии. Если же грамотно использовать навыки эмоциональной регуляции, можно будет достаточно конструктивно справляться со стрессом.

При этом отсутствие подобного навыка может привести к некоторым неудачам не только в основных сферах жизнедеятельности. У человека

может проявляться такое психопатологическое явление, как аддикция или асоциальное поведение. Зависимость от пищи или подчинение еде является одной из самых характерных для пищевого расстройства характеристик. Само по себе пищевое поведение включает в себя такие важные аспекты, которые касаются приема пищи, как:

- эмоции;
- формы поведения;
- установки;
- привычки.

Если рассматривать стандартное и нормальное отклонение и пищевое поведение, как дихотомичность, можно сделать вывод, что она может быть гармоничной. В этом случае она не несет человеку никакого вреда, его психологическое и физическое состояние остается в норме. Кроме того, подобные расстройства могут носить форму девиантного.

В этом случае уже выявляются определенные влияния на психику и на физическое состояние человека. Наличие такой формы основано на том, какое место еще занимает в ценностях человека. Чтобы отнести человека к категории зависимых от еды, должны быть в наличии определенные признаки.

Подробно они будут рассмотрены ниже. Очень важно рассматривать и учитывать эти клинические особенности. За счет этого можно будет максимально эффективно организовать работу с такими пациентами и наиболее быстро и с минимальными потерями привести их в нормальное состояние [10, с.41].

Все формы расстройства пищевого поведения, а также те, которые относятся к категории компульсивного переедания на данный момент являются только одной из форм аддиктивного поведения [8, с.243]. В DSM-V

прописано, что одно из видов расстройства пищевого поведения является именно такой формой переедания. Определяется это патология, как нарушение стандартного нормального естественного пищевого поведения. Возникает она обычно по следующим причинам:

- длительный стресс;
- расход адаптационных резервов;
- долговременные мобилизации.

По причине данных факторов человек компенсирует свои психологические эмоциональные, физические потери и прием большого количества пищи. У таких людей в этом случае снимается общее эмоциональное напряжение [14].

Из всех лиц, которые страдают ожирением, примерно 60% страдают от компульсивного переедания. Такие люди обычно принимают избыточное количество пищи в тех ситуациях, когда ими движет не обычное чувство голода, а какое-то переживание, стресс и эмоциональный дискомфорт. Изучение уровня дофамина как одного из наиболее важных регуляторных нейротрансмиттеров в его роли главного модулятора системы вознаграждения мозга показывает, что нарушение нейротрансмиссии дофамина может быть фактором развития метаболических нарушений и ожирения [24].

На основании этого можно сделать вывод, что человек может переедать не только, когда он тревожится, когда он чувствует гнев или стыд, но также при положительных эффектах. Например, люди, которые склонны к нарушению пищевого поведения, могут отпраздновать успешную сдачу экзаменов вкусными пирожными. В этот момент они чувствуют определенное оживление и радость, на основании чего могут позволить себе большее количество пищи, чем обычно. Причем, как правило, она более калорийная, наполнена жирами и сахарами. Подобное поведение является

прямым доказательством того, что у человека есть определенные эмоциогенные характеристики в поведении и в характере.

Кроме переедания на фоне тех или иных эмоциональных отрицательных или положительных переживаний, за помощью к психологам в плане пищевого расстройства обращаются клиенты иного плана. Как правило, это такие люди, которые на протяжении длительного времени соблюдали достаточно строгую диету. При этом на всем протяжении ограничения они испытывали тягостные чувства, а также корили себя за возможные срывы и переедания. В подобной ситуации уместно говорить о том, что у человека присутствует определенное ограничительное пищевое поведение. Характеризуется оно преднамеренным самоограничением в питании.

Главной целью таких людей является желание поддержать достигнутый желаемый вес и быть привлекательными с внешней точки зрения, в целом. Важно принимать во внимание, что представление о своем весе, образе у таких пациентов далеко не всегда является здоровым и эмоционально уравновешенным. Такие люди воспринимают любые диеты и ограничения, как определенные испытания. Именно за счет этого происходит срывы. При этом если человек сорвался с ранее установленного режима на фоне эмоционального перегруза, есть большая вероятность, что он употребит намного большее количество пищи, то есть будет отмечен факт переедания.

Стоит отметить, что между голодом и насыщением у нормального человека находится определенное пространство. Важно понимать, что на него влияют не только биологические, но также когнитивные факторы. У тех людей, которые имеют определенное расстройство пищевого поведения, нижняя граница голода обычно находится ниже, чем у обычного человека. Когда они испытывают голод, граница насыщения у них выше.

Говоря иными словами, человеку, имеющему пищевые расстройства для того, чтобы насытиться, необходимо намного больше пищи, чем обычному человеку, не имеющему никаких пищевых расстройств. В

подобных ситуациях человек накладывает на себя определенные границы. При этом с физиологией они не имеют ничего общего. Под ними подразумевается исключительно психологическое происхождение.

Если человек не может больше сдерживаться, если он отказывает себе в пище, он автоматически сталкивается с повышенными границами насыщения и голода. При этом они значительно выше чем у уравновешенного здорового человека. Данный парадокс J. Polivy и C.P. Herman назвали таким понятием, как «контррегуляция». Это особый феномен, суть которого заключается в том, что больные осознанно регулируют границы голода, а также насыщения. Если у них по какой-то причине ослабевает собственный или какой-то чужой контроль, они сразу начинают переедать.

Специалисты, которые занимаются исследованием данного вопроса, подтвердили свою модель особым эмпирическим исследованием. В нем они сообщили, что у них отмечались определенные эпизоды переедания. При этом причиной их возникновения являлось предварительное строгое соблюдение диеты.

Среди основных клинических проявлений можно выделить следующие:

- быстрые приемы пищи, причем в количестве несколько больше, чем порция человека;
- во время обжорства человек перестает контролировать себя, соответственно и количество съеденного также;
- имеющий пищевое расстройство может переедать даже в том случае, если не испытывает чувство голода;
- прием пищи у таких людей продолжается до тех пор, пока человек не начнет ощущать не моральное насыщение, а механическое переполнение желудка.

Если человек испытывает вину или стыд, подобная форма переедания происходит у него, как правило, в одиночестве. После подобного переедания у больного возрастает чувство острого отвращения к себе. Это является прямым путем к развитию депрессивного состояния.

По DSM-IV можно сделать вывод, что для того, чтобы поставить человеку диагноз пищевого расстройства, анорексии, булимии или компульсивного переедания, его состояние совершенно не должно обязательно соответствовать таким клиническим показаниям, которые относятся к категории нервная анорексия и нервная булимия.

Частота приступов переедания при этом должна быть, как минимум, два раза в неделю. Одновременно с этим важен и общий период расстройства. Патология диагностируется только в том случае, если человек с периодичностью два раза в неделю переедал на протяжении не менее полугода (DSM - IV, 1996).

По мнению большого количества исследователей, которые занимались вопросами психотерапии, можно отметить, что голод физический отличается от эмоционального. Последний, как правило, проявляется совершенно внезапно. Человек начинает испытывать эмоциональный голод после того, как у него случился определенный эмоциональный всплеск.

Что касается физиологического голода, то он, как правило, нарастает постепенно. Чувствуя эмоциональный голод, больной хочет какой-то определенный утешительный продукт. Более того, это желание настолько сильное, что никакая замена не удовлетворит этого хотения. При этом во время физического голода человек обычно не столь привередлив к пище, которую он употребляет.

Если в период физиологического голода человек здраво подойдет к тому, что сейчас у него нет возможности удовлетворить его, он вполне может перетерпеть, отсрочить свой прием пищи. При эмоциональном же голоде человек, который не будет удовлетворять его, столкнется с интенсивным нарастающим тревожным состоянием. Причина в том, что подобная

потребность съесть что-то определенное, как правило, требует моментального удовлетворения. Говоря иными словами, человек просто-напросто заедает свою положительную или отрицательную эмоцию. Именно по этой причине, если человек хочет один продукт, он не почувствует удовлетворение и не остановится после того, как съест что-то другое. Эмоциональное удовлетворение у него наступит только после того, как он употребит желаемую пищу. Только тогда он почувствует сытость и насыщение [23, с.78].

Довольно часто компульсивное переедание наблюдается на фоне каких-то определенных отклонений в психологическом и психическом состоянии. Во многих ситуациях испытав достаточно сильный эмоциональный шок у человека, который подвержен данным проблемам, резко возрастает потребность в еде.

Как известно, стресс действует на организм в течение достаточно длительного времени. Соответственно, если на этом фоне постоянно переедать, можно столкнуться с появлением ожирения и избыточного веса. Такие люди с научной и психологической точки зрения характеризуются, как как ведущие образ жизни – стресс-питание. При осложнениях, связанных с эмоциональным стрессом, симптомы давать картину поведения, очень сильно напоминающую поведение шизофреника [12].

Если переедание является у человека определенной формой психологической защиты, то здесь все более-менее ясно. Что же касается причин компульсивного переедания, то оно, как правило, укореняется в далеком детстве. Причина в том, что родители очень часто поощряют своих детей за какие-то незначительные достижения разными сладостями. Кроме того, они вручают чипсы, конфеты и шоколадки, если ребенок начинает недомогать. Именно по этой причине необходимо пересмотреть и в большинстве случаев перевернуть общепринятые установки. В момент плохого самочувствия человек начинает более усиленно употреблять

вредные продукты, пытаясь, как в детстве быстрее выздороветь, но через это получают совершенно обратный эффект [11, с.102].

Есть такой синдром, как ночная еда. Впервые его в подробностях описал в 1955 году Альберт Стокард. Этот синдром, как правило, характерен для людей, имеющих проблемы с весом. Наиболее часто он возникает у женщин, которые склонны к тревоге, а также к перееданию. Выражается этот синдром тремя характерными симптомами:

- полное отсутствие аппетита в утренние часы;
- отсутствие ночного сна;
- повышенный аппетит ночью.

Все это сопровождается напряжением и повышенной тревожностью. Пациенты с такой формой расстройства пищевого поведения обычно отказываются принять пищу до вечера или до ночи. Как только наступает темнота, у них просыпается аппетит. Утром они также не испытывают необходимости что-либо скушать, более того, вид пищи вызывают у них настоящее отвращение. В клинической картине наблюдается тот факт, что если начать кормить их через силу по утром, ничего кроме рвотного рефлекса это не вызовет.

Одновременно с этим отмечается ситуации, когда у пациентов возникают разного рода амбивалентные чувства. У них появляется желание утолить свою потребность в еде. В послеобеденное время аппетит значительно возрастает. К вечеру такие люди начинают испытывать максимально сильное чувства голода. Именно поэтому такие люди активно переедают в вечернее и ночное время, на основании чего имеют проблемы с весом.

В данном случае человек испытывает связь между стрессом и количеством принятой пищи. Чем больше перенесено стрессов в течение дня, тем более выраженным будет ночное переедание. Одновременно с этим у

таких людей отмечается бессонница. Более того, они не могут нормально уснуть до тех пор, пока плотно не покушают. Все это пагубно сказывается на общем физиологическом и функциональном состоянии организма. Единственным положительным фактором является то, что в отличие от людей, которые испытывают стресс и не могут заглушить его едой, у них происходит хотя бы временное психологическое равновесие.

В остальном подобная форма поведения для общего здоровья является недопустимой. Причина не только в ночном и вечернем переедании, но в самом качестве сна. Как правило, он довольно чуткий. Человек постоянно просыпается, спит беспокойно. В каждый подъем он пьет воду или принимает пищу. На основании этого можно сделать вывод, что насыщение и голод у таких больных является определенной особенностью и нарушением пищевого поведения. Зависит она от уровня бодрствования.

Стоит отметить, что после приема пищи в ночное и вечернее время упомянутое выше психическое равновесие выражается не столько удовлетворением, сколько апатией. Снижается общий уровень функционирования организма, его работоспособность. Это является одной из главных причин, на основании которой эта категория пациентов отказывается от пищи в рабочее время.

Еще одной дополнительной характеристикой и симптоматикой таких больных является то, что несмотря на плохой сон, после употребления в вечернее или ночное время пищи, этот своеобразный ритуал является единственным действенным снотворным для таких людей [4].

Границы между психологическим пространством личности выступают одним из факторов, на основании которого осуществляется развитие рассматриваемого компульсивного переедания. Данный факт был выявлен в работе Л.Г. Жедунова и А.С. Волдаева в 2012 году. Они определили, что данная форма переедания считается отражением того, как человек контактирует с окружающим миром. Границы пространства личности в данном случае необходимо рассматривать, как маркер нарушения пищевого

поведения. Специалисты пришли к выводу, что понять суть пищевой зависимости можно только посредством изучения глубинной природы личности человека. Сделать это без изучения когнитивных убеждений и установок просто невозможно. Причина в том, что именно они определяют то, как человек контактирует с окружающим миром и какие у него установлены психологические границы (н, с.203)

Сегодня исследователи все чаще сходятся во мнении, что переедание на данный момент является симптомом депрессии. Есть также гипотеза определенный посреднической роли отрицательного образа тела между перееданием. Если опираться на это умозаключение, можно сделать вывод, что люди могут быть стигматизированны на основании их пристрастия к пище. Стигма нарушения питания оказывает непосредственное воздействие на то, как человек взаимодействует с другими людьми. Люди такого плана, как показала практика, наиболее чаще подвержены нападкам, травле, их любят меньше остальных. Все это автоматически вызывает у человека чувство подавленности, его самооценка постепенно снижается.

Здесь также можно сделать вывод о том, что человек, как известно, является не только биологической, но также психологической, социальной и духовной моделью. В нем заключается биологическая природа, психологические процессы, физическое тело, социум, вера, культура, философия. Все эти элементы важны для существования обычного человека. Даже если не будет хотя бы одного из них, уже отмечаются проблемы и неполноценность. Именно поэтому факторы пищевого расстройства напрямую связаны с этой моделью. Если в какой-то отрасли происходит дисбаланс, если отмечаются проблемы в теле, в социуме, в религии, в философских взглядах, в общем психологическом состоянии, наиболее часто человек начинает испытывать проблему в питании и в своих пищевых привычках.

У людей, которые уже имеют пищевое расстройство отмечается, как правило, особый специфический личностный профиль. Он характеризуется такими особенностями, как:

- трудности адаптации;
- эмоциональный дискомфорт;
- невротическое развитие.

Внешнее поведение таких людей обычно мало чем отличается от нормального, оно практически не отклоняется от нормы. При этом внутренний диссонанс очень открыт и интенсивен. Человек чувствует постоянное напряжение, у него снижена самооценка. Кроме того, преобладает мотивация избегать каких-то социальных мероприятий для того, чтобы не столкнуться с неуспехом.

Также у таких людей отмечается определенная личностная тревожность. Это склонность человека контролировать свои эмоции поведения. Также отмечается повышенная трансформация импульсов в определенные психосоматические симптомы. Нарушение пищевого поведения сочетается с тем, что человек недостаточно положительно оценивает себя, не верит в свои силы и возможности, излишнее контролирует свою собственную жизнь.

1.3 Особенности семей и роли отца, члены которых страдают расстройствами пищевого поведения

Некоторые отрицают то, насколько сильно семейные взаимоотношения влияют на то, как формируется у человека его пищевое поведение, какие расстройства в этом плане отмечаются. Важно понимать, что семейное окружение, как правило, влияет на определенные ценности. Среди них можно выделить следующие:

- правильность;
- успех;
- подчинение определенным семейным традициям.

Если возникла указанная позиция, то в детском возрасте создается база для перфекционизма. В итоге семья напряжена, напряжена каждая личность – от мала до велика. Исследователи, фокусирующие на факторах, позволяющих сформировать ребенку самооценку, акцентировали, что в первую очередь важно изучить, как родители воздействуют на ребенка, требуют соблюдать то или иное поведение.

Максимальный вес предан тому, насколько постоянно и регулярно родители влияют на детей с целью воспитания. Этот вектор является отличительным, обособляя семью от прочих институтов общества. Психодинамический подход признает, что как флагманы по формированию отклонения рассматривают наличие архаичных комплексов, характеризующихся непреодолимостью. Признано, что очень существенное значение возникает при наличии комплекса Электры. Также выдвинута гипотеза о том, что если обстановка в семье складывалась неблагоприятно, то легко возникают расстройства приема пищи. Ключевым спусковым крючком к этому моменту и являются отношения, связывающие всех участников семьи [6].

Итак, пищевые расстройства возникают из-за того, что семья не была благополучной в момент, когда в ней воспитывался ребенок. Очень веским в этом плане провокатором названа психопатология матери или отца, старших поколений. Отдельные ученые предполагают, что конфликтность, наличие паттернов или альянсов, тенденции общего взаимодействия членов семьи влияют на то, как именно ребенок склонен к пищевым расстройствам, пока не повзрослеет [31, с.11].

Немаловажное мнение гласит о том, что подросток, у которого возникли расстройства питания, склонен к подобным нарушениям, чтобы привлечь внимание, сместить акценты от конфликтов в семье к собственной личности. Чаще всего если между отцом и матерью возникают ссоры, то подросток манифестирует нарушением пищевого поведения как симптоматической проблемой, пока доводит до яркой очевидности и выраженности.

Нужно учесть, что определенный объем информации характеризует то, что в семье нужно повлиять на ценности и порядок создания установок у ребёнка к пище. Не исключено, что именно члены семьи провоцируют неправильное отношения ребенка, подростка, будущего взрослого человека которому, как правильно питаться [9].

Ярким примером является ситуация, когда отец в семье явно высказывает то, как его заботит вес. Он постоянно использует разные диеты. На этом его умозаключение не останавливаются. Подобным поведением призывает также свою дочь похудеть и соблюдать диету. Все это может стать началом развития пищевого расстройства. Примерно таким же образом влияют на детей родители, которые проявляют безразличие к своим детям. Как это ни странно, но пищевые расстройства также могут возникнуть в том случае, если родители отличаются излишней требовательностью или критично настроены к подростку. Вне зависимости от того, положительное или отрицательное краску имеют отношения родителя, это прямо влияет на самооценку подростка. При неправильном подходе у него может развиться такое пищевое расстройство, как нервная булимия.

Однозначно, что исследования в указанной области являются не только обширными, но и многочисленными. Однако ещё не названа причина, однозначно и точно вызывающая указанные расстройства. Следовательно, не только на заболевшего, но и превентивное воздействие должно иметь место до тех пор, пока нарушение пищевого поведения не стало причиной серьезной и долго излечивающейся патологии. Резонно выдвинуть гипотезу о

том, что такие подростки проживают в семьях с особыми, сложными взаимоотношениями. Такая ситуация типична для подростков, пищевое поведение которых страдает определенными расстройствами.

Гипотеза проверена методиками авторов Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкиса:

- опросник «Анализ семейной тревоги»;
- методика «Семейно-обусловленное состояние»;
- проективный тест «Семейная социограмма», который относится к рисуночным проективным тестам [21].

По статистическим данным обработка проводилась на основании расчетов, изложенных в методике Манна-Уитни.

Данное исследование позволяет заключить о том, что важен тот аспект, что группа респондентов, уже сталкивающихся с проблемами питания, тревожится из-за проживания под одной крышей с родными, но в семье отношения сложились как неприемлемые. При этом испытуемые, не страдающие пищевыми расстройствами, меньше склонны тревожиться из-за обстановки в семье.

Все это говорит о том, что полученная информация является показателем того, что в семье, где растут подростки, имеющие проблемы с питанием, отмечается повышенный уровень тревожности. Такие подростки очень часто подвержены таким неблагоприятным чувствам, как:

- страхи;
- сомнение;
- опасения.

Причем касаются все эти чувства непосредственно их самих, а также членов их семьи. Но подросток безосновательно чувствует себя

ответственными из-за возникающих в семье противоречий. Подростков удручает, что попытки гармонизировать семейные отношения безрезультатные. Из-за возложенных семейных обязанностей большинство респондентов обременяет непосильность ноши, страдает психика и психологический комфорт. Переживания соотносится с тем, что подростки не уверены в собственных действиях, но не готовы признать собственную некомпетентность. Следовательно, тревожность возникает быстро, подсознательно, а подавить это чувство очень сложно. Невысокий уровень тревоги по шкале у здоровых подростков, не имеющих проблем с расстройством питания, приводит к тому, что проблемы с пищей автоматически оказывают влияние на то, как складываются взаимоотношения подростка с членами семьи, как он воспринимает коммуникации с ними.

Дополнительно с этим в рамках проведенного эмпирического исследования было принято решение провести интервью другого характера. Оно было направлено на то, чтобы выяснить такие вопросы, как:

- общая удовлетворенность;
- нервно-психическое напряжение;
- семейная тревожность.

Проверялись при этом те подростки, у которых нет никаких пищевых расстройств. Что касается методики, здесь использовался способ - семья обусловленного состояния. На основании проведенного исследования стало понятно, что у многих подростков есть состояние некоторой неудовлетворенности. Многие из них испытывают частое нервно-психическое напряжение.

На основании этого можно сделать вывод, что подростки, которые имеют проблемы с пищевым поведением, одновременно с этим испытывают неудовлетворенность теми отношениями, которые складываются у них

внутри семьи. Их удрученность и неудовлетворенность намного выше, чем у тех подростков, которые не имеют подобную проблему. Такие люди очень часто не удовлетворены, у них присутствует чувство вины, напряженности и тревожности. Эти чувства находятся в семейной обстановке. Эта гипотеза была подтверждена при использовании методики, которая характеризуется, как анализ семейной тревоги.

Одновременно с этим было выявлено, что отражающие общее нервно-психическое напряжение подростки с пассивными расстройствами показали уровень 39,11. Подростки, у которых не было никаких проблем, показали параметры 21,29. Что касается шкалы семейной тревожности, то имеющие проблемы подростки показали параметры 38,13. Те проверяемые, которые не имели никаких проблем с пищевым поведением, достигли показателя 22,34. На основании этого можно сделать вывод, что у подростков имеются разные формы пищевых расстройств. Базируется они на психическом напряжении, а также на определенном состоянии семейной тревожности.

Как видим из результатов, к таковым можно найти подтверждение, так как фактически идентичны данные по методике, по которой определялась семейная тревога и анализировались показатели, определён уровень комфорта и дискомфорта. Но подростки с расстройствами питания находились в семьях в условиях стрессовой обстановки, что кардинально отличалось от подростков, семейная жизнь которых не отягощена проблемами, также как и приём еды.

При изучении шкал достоверности различий выявлено по трем векторам:

1) значение общей неудовлетворенности достигает U=226,000, при p=0,001;

2) в шкале семейной тревожности проявились отличия на уровне U=213,000, при p=0,0001;

3) при диагностике нервно-психического напряжения зафиксировано U=182,500, при p=0,0001.

Данные результаты проведенного исследования позволили увидеть и понять, что общий семейный фонд, в котором находится испытуемый, имеющий те или иные пищевые расстройства, является не до конца удовлетворенным. В семье присутствует напряженность, чувство неудовлетворенности, тревожность - все это автоматически передается подростку.

Это проявляется в разных негативных факторах, в частности, в появлении пищевого расстройства. Чувства, которые не являются положительными и которые продолжают развиваться способствует тому, что болезнь не лечится, но еще больше усугубляется. Если сравнивать данные показатели с относительно здоровыми подростками, можно сделать вывод, что данные результаты можно наблюдать у основной массы испытуемых, которые имеют расстройство. Это может подчеркнуть взаимосвязь окрашенных негативно семейных отношений. Также это могут быть определенные расстройства пищевого поведения.

Исследование паттернов реагирования в ситуациях социальной фрустрации пациентов с расстройствами продемонстрировало наличие ряда специфических особенностей [17, с.101-102]. Для больных с нервной анорексией характерно преобладание интрапунитивной направленности агрессии, в отличие от экстрапунитивности пациентов с булимией. Для обеих групп пациентов характерны общие нарушения регуляторных механизмов (оттормаживание ситуативно возникающих потребностей) и непродуктивность компенсаторных стратегий (отрицание фрустрирующего характера переживаний).

В Соединенных Штатах довольно распространена трехкомпонентная модель влияния, основанная на сочетании факторов, влияющих на удовлетворенность и нарушение образа тела. I II I. Согласно этой модели, родители, сверстники и широко распространенные примеры интернализации и социальной. Для сравнения, появление средств массовой информации

(СМИ) является предикторами неудовлетворенности телом, что на самом деле является ключевым фактором риска расстройств типа II [25, с. 164].

Как первая и важная «точка соприкосновения» человека с обществом, родительская семья обеспечивает связь между питанием и любовью на ранних этапах развития ребенка, что очевидно для всех детей. Психологическая составляющая процесса кормления важна для развития у ребенка чувства защищенности, поскольку контакт кожи с теплым и мягким телом матери во время кормления позволяет ребенку отдыхать и чувствовать себя любимым.

Привычки отца в еде имеют огромное влияние на пищевые привычки ребенка. По результатам когортного исследования детей с ожирением описаны три модели взаимосвязи между изучаемыми переменными (эмоциональное переедание, игнорирование чувства сытости, предпочтение родительского контроля над питанием и т. д.) и возникновением ожирения [26, с. 137]. Исследования показали, что питание младенцев и стиль воспитания влияют на детское ожирение. Вероятно, что семейная, в том числе и отцовская предрасположенность к ожирению частично опосредована этими семейными предпочтениями [28, с. 567]. Аналогичной точки зрения придерживается и Roach et al.

В некоторых случаях отцами (прежде всего - страдающими клинически выраженными формами расстройств пищевого поведения), наоборот, проявляется сильная озабоченность по поводу развития здорового пищевого поведения у ребенка. В основе такого родительского беспокойства с расстройствами пищевого поведения лежат б0льшая восприимчивость ребенка к кормлению, б0льшая забота о весе своего ребенка и б0льший контроль за питанием ребенка, чем у родителей без таких расстройств [29, с. 63]

Большое значение в этом плане имеет также фактор воспитания. Психологический отцовский контроль, ориентированный на достижение успеха предсказывает дезадаптивное I II I у подростков [32, с. 77] Кроме

того, на развитие у ребёнка нарушений I II I влияет лишение свободы родителя, родительское принуждение к еде, невысокий уровень кулинарных навыков родителей [30, с. 302]

При диагностике у ребёнка нарушений I II I родитель стремится воздействовать на эту сферу, корректируя ее. Однако не все семейные стратегии, направленные на улучшение I II I, являются эффективными. Например, стратегия изменения II детей посредством усиления контроля представляется контрпродуктивной. Практические подходы, направленные на совместную деятельность в разных сферах (например, совместное приготовление пищи), могут способствовать увеличению потребления овощей и могут иметь больший эффект по сравнению со стандартными мерами образования в области питания. Экспериментально показано, что предоставление детям свободных, доступных фруктов и овощей положительно влияет на формирование здорового пищевого поведения. Аналогичной точки зрения придерживаются Persky S., Bouhlal S., Goldring M.R., McBride C.M.[33], а также Reichenberger J., Kuppens P., Liedlgru-ber M., Wilhelm F.H., Tiefengrabner M., Ginzin-ger S., Blechert J. [34].

Значительную роль в формировании РПП выполняет социум в целом. Растущее давление со стороны общества и СМИ на представления об идеальной форме тела оказывает значительное влияние на пищевое поведение молодых людей, причем в последние годы установлено, что такие тенденции не связаны с фактором пола и проявляются у мужчин и женщин с определенной спецификой.

Рассматривая особенности семей и роли отца, члены которых страдают расстройствами пищевого поведения, следует отметить, что потребление пищи детьми в раннем и школьном возрасте в значительной степени зависит от поведения самих родителей в отношении питания, поскольку родители являются главными фигурами социализации ребенка, образцами для подражания. Учитывая огромное влияние родителей на становление и

социализацию ребенка, можно предположить, что и в вопросах, связанных с пищевым поведением, их мнение для ребенка будет определяющим [35].

Подтверждение этого можно найти в работе японских исследователей Ямазаки Е. (Yamazaki Y.), Омори М. (Omori M.), в которых изучалась связь идеальных представлений родителей о фигуре детей подросткового возраста и стремления детей к худобе. Таким образом, через интернализованный образ идеального тела девочкам транслируется образ худого женского тела как идеального. При оценке образа тела у мальчиков оказалось, что стремление мальчиков к худобе наблюдалось в тех случаях, когда родители мальчиков использовали диеты, занимались фитнесом, т. е. активно работали над снижением массы собственного тела. Полученные данные позволяют судить о высокой степени влияния стандартов родительских представлений о теле на формирование установок у их детей.

С психологической точки зрения главный принцип построения пищевого поведения ребенка в семье - разделение ответственности между родителем и ребенком. Родитель несет ответственность за еду, которую он предлагает: набор продуктов, место приема пищи (дома, на прогулке, в ресторане), время приема пищи (перекусы, периодичность и т.д.). Ребенок несет ответственность за то, сколько он может съесть и будет ли он есть вообще. Здесь есть важное правило, формирующее пищевое поведение. С точки зрения семьи, это первый вклад, который может спровоцировать развитие пищевого расстройства. Дети, которых ограничивали в еде начинают переедать и развивается пищевое нарушение по типу переедание. Дети, которых кормят насильно, начинают отказываться от еды и может развиваться избегающее расстройство пищевого поведения. При котором ребенок не принимает пищу, худеет, теряет вес, даже появляется угроза здоровью, при этом отказывается от еды.

Другой фактор, влияющий на пищевое поведение ребенка - пищевые привычки родителей. Невозможно научить тому, чего родитель не делает сам. И если есть особенности и привычки в пищевом поведении, то ребенок

сознательно и бессознательно будет их перенимать. Приходится сталкиваться с унаследованными пищевыми привычками, появившиеся в результате влияния старшего поколения, пережившего военные и другие действия, сформировавшие пищевое поведение, которое на тот момент способствовало их выживанию. На сегодня можно уважительно относиться, но необязательно продолжать реализовывать эти пищевые привычки. Одной из таких привычек является убеждение, что необходимо доедать до конца. Это также проявляется в пищевом принуждении: ребенок перестал хотеть есть, наелся, родитель продолжает настаивать, чтобы ребенок съел все, используя разные методы.

Если есть запрет на телесность - это также может вносить вклад в развитие расстройства пищевого поведения. Если в семье не говорят о сексе, отношения холодные, без телесных контактов, осуждаются физиологические особенности, транслируется идея того, что физиологию нужно прятать и нельзя демонстрировать, идея того, что телесность приносит удовольствие отвергается в семье, то в дальнейшем возможно развитие сценария, при котором еда станет единственным источником телесного удовольствия, и тогда не избежать переедания. Психологически здоровая семья отличается взаимностью: уважение к желанием другого, его границам и потребностям, которое включает всех членов семьи, а не только взрослых. Это взаимная любовь и интерес, понимание своеобразия, отличия ребенка от своих родителей.

Выводы по первой главе

Под стандартным пищевым поведением необходимо понимать отношение к пище, к ее употреблению. Также здесь подразумевается определенный стереотип, который складывается вокруг питания в обыденных ситуациях. Рассматривается также то, как человек относится к еде в условиях стресса, эмоциональных переживаний. Имеет значение то, как

он воспринимает и ориентируется на собственное тело, на деятельность по его формированию. Было выявлено три вида пищевого поведения:

- экстернальное пищевое поведение;
- эмоциогенное пищевое поведение;
- ограничительное пищевое поведение.

Среди факторов, которые непосредственно влияют на пищевое поведение можно выделить следующие:

- традиции семьи и общества, в котором находится человек;
- жизненный опыт;
- личностные особенности;
- особенности когнитивной сферы индивида;
- религиозные соображения;
- повестка моды.

Все расстройства пищевого поведения и какие-либо нарушения в этой области представляют собой целую группу психогенных поведенческих синдромов. Они характеризуются определенными отклонениями при переработке пищи. К данной группе можно отнести нервную булимию, анорексию, переедание и другие формы пищевого расстройства. Симптомы у этих патологий могут быть самыми разными. Среди распространенных можно выделить такие, как:

- отказ от еды;
- обжорство;

- применение слабительных препаратов;
- отрицание субъективной значимости проблемы веса;
- спровоцированная и непроизвольная рвота.

На сегодня в развивающихся и развитых странах количество женщин и мужчин, которые страдают теми или иными формами пищевого расстройства, все более стремительно увеличивается. Причина в определенных сложившихся социальных факторах, психологических особенностях. Среди них можно отметить стремительный темп жизни, особенности в семейных отношениях. Это разные религиозные представления, жизненный опыт, а также род деятельности. По этой причине постоянно увеличиваются разные переживания, стресс. Люди не могут справиться с ним самостоятельно и по мере нарастания они начинают появляться на симпатическом уровне.

На основании всего сказанного выше можно сделать вывод, что человек в большинстве случаев старается уйти от стресса, с которым сталкиваются в ежедневной жизни. Он зацикливается на тему того, что доставляет ему удовольствие. На основании этого формируется определенное зависимое поведение и некоторые пищевые привычки. Получается сформированный замкнутый круг. Чем сильнее стресс, тем выше зависимость. Пищевые проблемы могут быть достаточно серьезными. Некоторые из них приводят к смерти. Чего нельзя сказать о других психологических расстройствах. Причина в том, что пищевые нарушения оказывают прямое влияние на работу большого количества внутренних органов в организме.

Что касается психологической стороны этого вопроса, то у людей, которые страдают пищевыми расстройствами, достаточно слабое «Я». Совершенно отсутствует ощущения образа тела. Такие люди критичны к

себе, имеют свойство не понимать размеры собственного тела, нет соотношения между своим телом и психологией.

Наибольшее влияние семьи на поведение приходится именно в период детства. В это время привычки детей формируются на основании того, как родители относятся к пище. В последующем, в подростковом возрасте главную роль в формировании подобных установок играют уже сверстники, а также окружение социума. Чтобы у человека сформировалось нормальное пищевое поведение, родители не должны навязывать им свои предпочтения в пище, кроме того, им необходимо с уважением относиться к пожеланиям и предпочтениям своих детей.

Основная масса ученых разделяют идеи относительно того, что те или иные нарушения в пищевом поведении представляют собой довольно сложные мультифакторные заболевания. Они являются результатом взаимодействия и социокультурных, генетических и психологических факторов.

При наличии расстройства в пищевом поведении появляется достаточно глобальная социальная проблема. Перед современными психологами вырастают серьезные задачи. Они связаны с тем, чтобы постоянно изучать предпосылки, на основании которых формируется данное расстройство. Кроме того, необходимо тщательно изучать психологические экономические особенности таких граждан. Важно разрабатывать особые методики терапии для подобных больных.

ГЛАВА II. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ РОЛИ ОТЦА НА ТЕЧЕНИЕ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛЮДЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА .

2.1 Организация и методы исследования

В соответствии с исследовательским замыслом и с целью изучения роли отца при нарушениях и расстройствах пищевого поведения у людей разного возраста разработана процедура исследования, представленная в данной главе и направленная на достижение цели исследования и проверку гипотезы.

2.1.1 Цели, гипотеза и задачи исследования

Целью исследования изучение роли отца при нарушениях и расстройствах пищевого поведения у людей разного возраста.

Объект исследования: нарушения и расстройства пищевого поведения у людей разного возраста.

Предмет исследования: роль отца при нарушениях и расстройствах пищевого поведения у людей разного возраста.

Гипотеза исследования:

1) Показатели выраженности признаков, свойственных расстройствам пищевого поведения, взаимосвязаны с деструктивными форматами детско-родительских взаимоотношений.

2) Взаимоотношения с отцом неразрывно взаимосвязаны с наличием признаков, характерных для нарушений и расстройств пищевого поведения у людей разного возраста.

Цель работы и сформулированная гипотеза потребовали выполнения ряда задач.

Задачи эмпирического исследования:

1. Сформировать выборку исследования, включающую разновозрастые группы людей с признаками нарушений и расстройств пищевого поведения.
2. Разработать психодиагностический инструментарий для изучения исследуемых явлений: нарушения и расстройства пищевого поведения; взаимотношения с отцом, а также психологических конструктов, выступающих факторами риска формирования нарушений пищевого поведения и деструкций в детско - родительских отношениях: самоотношение личности, эмоциональное состояние.
3. Провести эмпирическое исследование исследуемых явлений и личностных особенностей в каждой из возрастных групп.
4. Осуществить корреляционный анализ связей взаимоотношений с отцом и признаками нарушений пищевого поведения у людей разного возраста.
5. Выполнить сравнительный анализ полученных результатов.

2.1.2 Методологическое и методическое обеспечение исследования

Основное методологическое обеспечение эмпирического исследования представлено теоретическими основами, изложенными в первой главе работы. Конкретизируем отдельные важнейшие психологические положения и общефилософские принципы в контексте задач эмпирического исследования.

На уровне общенаучной методологии:

-принцип детерминизма, предполагающий причинную определенность всех психических процессов (С. Л. Рубинштейн) и требующий истолковывать изучаемые феномены, исходя из их закономерного взаимодействия и каузальности;

- Принцип комплексного рассмотрения, суть которого в том, что научно обоснованное объяснение какого-либо явления возможно лишь в случае, если исследована вся совокупность его внутренних и внешних сторон, связей, отношений. Принцип реализуется в виде комплексного подхода к рассмотрению факторов, влияющих на взаимоотношения с отцом и нарушения пищевого поведения;

- принцип развития, в частности, возрастного развития, требующий исследовать явления в их развитии, в процессе их движения и изменения.

Одним из основополагающих для нашего исследования является положение о личности как активном субъекте жизнедеятельности, согласно которому лица, имеющие признаки пищевого поведения, рассматриваются как субъекты жизнедеятельности, которые характеризуются собственным отношением к ситуации, самосознанием и способностью к выбору.

Частно-научной основой исследования выступают:

-разработки теорий о нарушении и расстройствах пищевого поведения;

- концепция «культурной патологии»;

- концепции и теории детско-родительских взаимоотношений.

Исходя из указанных принципов, концепций и положений, исследование было построено на принципах объективности и системности, что дало возможность исследовать роль отца при нарушениях и расстройствах пищевого поведения у людей разного возраста.

Решение поставленных задач и проверка исходных предположений обеспечивалась комплексом взаимодополняющих методов, адекватных природе изучаемых явлений. Комплекс методов включал в себя:

- *теоретические*: теоретический анализ и синтез, обобщение и систематизация имеющихся в психологической литературе научных представлений по теме исследования;

- *эмпирические*: опрос, тестирование, анкетирование; контент-анализ;

-*статистические, математические*: количественная и качественная обработка материалов методами математической статистики, сравнение и интерпретация полученных данных.

В соответствии с задачами исследования, для выяснения степени проявления исследуемых конструктов и явлений был применен ряд специальных психодиагностических методик (таблица 1):

Таблица1

Методики исследования

№	Изучаемый параметр	Название методики
1.	Нарушения пищевого поведения	• Тест отношения к приему пищи» (Eating Attitudes Test, EAT) • Шкала оценки пищевого поведения ШОПП (Eating Disorder Inventory – EDI, авторов D.M. Garner, M.P. Olmstead, J.P. Polivy, русскоязычная адаптация Ильчик О.А., Сивуха С.В., Скугаревский О.А., Суихи С.).
2.	Взаимоотношения с отцом	.Методика «Родителей оценивают дети» И.А. Фурманова и А.А. Аладьина
3.	Эмоциональное состояние	Шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина
4.	Самоотношение	Методика исследования самоотношения С. Р. Пантелеева

Достоверность результатов работы обеспечивается соблюдением нормативов теоретического и эмпирического исследования, четким

определением предметной области, целей и задач исследования, стандартизированных и обоснованных эмпирических методов сбора данных, использованием методов статистической обработки данных.

Для того, чтобы определить существует ли взаимосвязь между взаимоотношениями с отцом и признаками нарушений пищевого поведения у людей разного возраста, была использована процедура расчета ранговой корреляции при помощи R - критерия ранговой корреляции Спирмена. Достоверность межгрупповых различий проверялась с помощью U-критерия Манна-Уитни. Для упорядочивания и сортировки данных использовалась программа Excel корпорации Microsoft, статистическая обработка количественных данных проводилась с помощью пакета программ статистической обработки данных IBM SPSS Statistics 26.

Дадим краткое обоснование и описание методик.

Тест отношения к приему пищи» (Eating Attitudes Test, EAT[1]) — скрининговая тестовая методика, разработанная Институтом психиатрии Кларка университета Торонто в 1979 году.

Шкала включает в себя симптомы, расцениваемые как анормальные в отношении пищевого поведения. Симптомы относятся к когнитивной, поведенческой и эмоциональной сферам, но подшкалы в тесте не выделяются. Тест EAT-26 является скрининговым, т.е. на его основе невозможно поставить диагноз, даже предварительный, но высокий балл по нему (больше 20) означает высокую вероятность наличия серьёзного расстройства пищевого поведения - предположительно, анорексии или булимии (тест создавался для выявления именно этих расстройств). Между тем, ряд пунктов является специфическим для некоторых других расстройств пищевого поведения - например, ограничительного, компульсивного и т.д. Таким образом, тест позволяет выявить «группу риска», нуждающуюся в консультации специалиста в области психического здоровья, хотя и не

[1] Тест отношения к приёму пищи (EAT-26). Материал Psylab.info - энциклопедии психодиагностики.

охватывает все рассматриваемые на сегодняшний день расстройства пищевого поведения.

Шкала оценки пищевого поведения -ШОПП(Eating Disorder Inventory - EDI) (D.M. Garner, M.P. Olmstead, J.P. Polivy). (Русскоязычная адаптация Ильчик О.А., Сивуха С.В., Скугаревский О.А., Суихи С.)[2] является надежным и валидным психометрическим инструментом, пригодным для скрининговой оценки нарушений пищевого поведения в отечественных условиях. Методика предназначена для выявления расстройств приема пищи, в первую очередь нервной анорексии и нервной булимии. Шкала оценки пищевого поведения (ШОПП) состоит из 51 утверждения, разделенного на 7 субшкал. Содержательный контекст субшкал ориентирован на оценку следующих базовых психологических и поведенческих феноменов:

- стремление к худобе: чрезмерное беспокойство о весе и систематические попытки похудеть;

- булимия: побуждение к наличию эпизодов переедания и очищения;

- неудовлетворенность телом: определенные части тела (прежде всего бедра, грудь, живот и ягодицы) воспринимаются как чрезмерно толстые;

- неэффективность: ощущение общей неадекватности (имеется в виду чувство одиночества, отсутствие ощущения безопасности) и неспособности контролировать собственную жизнь;

- перфекционизм: неадекватно завышенные ожидания в отношении высоких достижений; неспособность прощать себе недостатки;

- недоверие в межличностных отношениях: чувство отстраненности от контактов с окружающими;

- интероцептивная некомпетентность: дефицит уверенности в отношении распознавания чувства голода и насыщения.

Утверждения сформулированы от первого лица. Респонденты должны оценить по 6-балльной шкале частоту определенных действий, мыслей или

---

[2] Ильчик О.А., Сивуха С.В., Скугаревский О.А., Суихи С. Русскоязычная адаптация методики «Шкала оценки пищевого поведения» // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. - 2010. - № 3 - С. 4-7.

чувств. При подсчете суммарного показателя за ответы «всегда», «обычно» и «часто» начисляются соответственно 3, 2 и 1 балл; за ответы «иногда», «редко» и «никогда» баллы не начисляются. Ряд утверждений имеют обратное направление оценки.

Целью Методики «Родителей оценивают дети» (РОД) И.А. Фурманова и А.А. Аладьина [3]является изучения представлений ребенка о стиле семейного воспитания; использование этой методики позволяет обнаружить наличие проблем в представлениях членов семьи. Стандартизация методики проводилась на выборке в 1496 человек.

Опросник содержит 120 утверждений, которые позволяют получить информацию по 18 шкалам:

1. Гиперпротекция (шкала Г+): ребёнок является центром жизни семьи, ему уделяют слишком много внимания, времени и сил.
2. Гипопротекция (шкала Г-).: ребёнок обделен вниманием, родители мало интересуются его жизнью, успехами и проблемами.
3. Потворствование (шкала У+): родители балуют ребёнка, стремятся удовлетворить любые его желания и прихоти.
4. Игнорирование потребностей ребенка (шкала У-): родители не стремятся удовлетворить потребности ребёнка, в том числе потребность в общении и принятии.
5. Чрезмерность требований-обязанностей (шкала Т+): ребёнку предъявляется слишком много требований, которые являются непомерными для него, родители воспитывают в ребёнке повышенную моральную ответственность.
6. Недостаточность требований-обязанностей ребенка (шкала Т-): родители не предъявляют ребёнку никаких требований либо их количество чрезвычайно мало

[3] Аладьин А. А., Пергаменщик Л. А., Фурманов И. А. Психодиагностика и психокоррекция в воспитательном процессе. Мн.: БНИИО, 1992. 152 с.

7. Чрезмерность требований-запретов (шкала З+): родители ограничивают свободу ребёнка, контролируют его поведение, препятствуют развитию у ребёнка самостоятельности

8. Недостаточность требований-запретов (шкала З-): отсутствие каких-либо установленных родителями рамок в поведении ребёнка, «можно всё», отсутствие наказаний за несоблюдение запретов

9. Чрезмерность санкций (шкала С+): родители строго наказывают ребёнка даже за незначительные промахи и ошибки

10. Минимальность санкций (шкала С-): отсутствие наказаний со стороны родителей, использование только системы поощрений

11. Неустойчивость стиля воспитания (шкала Н): переход от одного стиля воспитания к другому или от принятия к отвержению

12. Расширение сферы родительских чувств (шкала РРЧ): ребёнок заменяет родителю супруга и становится объектом удовлетворения потребностей одного из родителей

13. Предпочтение детских качеств (шкала ПДК): восприятие ребёнка родителями как маленького и несамостоятельного, стремление сохранить эти качества у ребёнка

14. Воспитательная неуверенность родителя (шкала ВН): отсутствие авторитета родителей в семье, подчинение ребёнку

15. Фобия утраты ребенка (шкала ФУ): повышенное необоснованное волнение за жизнь и здоровье ребёнка, которое проявляется в воспитании

16. Неразвитость родительских чувств (шкала НРЧ): любовь к ребёнку, желание заботиться, привязанность, чувство долга выражены у родителей слабо

17. Проекция на ребенка собственных нежелательных качеств (шкала ПНК): родители видят в ребёнке отрицательные качества, которые на самом деле присущи им самим

18. Вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания (шкала ВК): столкновение разных взглядов супругов на процесс воспитания

ребёнка, при этом целью супругов становится на установление оптимального способа воспитания, а достижение победы в этом споре.

Респонденту необходимо выразить степень своего согласия или несогласия с приведенными утверждениями: «согласен» – 1 балл, «не согласен» – 0 баллов. Процедура обработки методики: обработка проводилась подсчетом баллов в соответствии с ключом.

Шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина[4] является информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека). Разработанная в 1970 году, методика широко применяется в клинической практике с разными целями – для определения выраженности тревожных переживаний, оценки состояния пациента в динамике и т.п. Тест представлен в виде опросника из 40 вопросов. В рамках этого теста созданы есть 2 подшкалы, по 20 вопросов вкаждой.

Первая, шкала состояния тревоги (ситуативной тревожности) оценивает текущее состояние тревоги, измеряя, как респонденты чувствуют себя «прямо сейчас», используя субъективные чувства страха, напряжения, нервозности, беспокойства и возбуждения вегетативной нервной системы система.

Ситуативная или реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает в качестве эмоциональной реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени.

Вторая, шкала личной тревожности оценивает относительно стабильные аспекты личности, ее склонность к беспокойству, оценивает чувство\состояние спокойствия, уверенности и безопасности.

---

[4] Аладьин А. А., Пергаменщик Л. А., Фурманов И. А. Психодиагностика и психокоррекция в воспитательном процессе. Мн.: БНИИО, 1992. 152 с.

Под личностной тревожностью подразумевается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. При высокой личностной тревожности каждая из этих ситуаций становиться стрессом для индивидуума и вызывать у него выраженную тревогу.

Обработка и интерпретация результатов:

до 30 – низкая тревожность;

31-45 – умеренная тревожность;

46 и более – высокая тревожность.

Многомерный опросник исследования самоотношения (МИС)[5] — методика исследования самоотношения создана Р.С.Пантелеевым (1989).

Предмет диагностики: изучение эмоционально - ценностного компонента самосознания. Опросник содержит 110 утверждений, распределенных по 9 шкалам: закрытости, самоуверенности, саморуководства, отраженного самоотношения, самоценности, самопривязанности, внутренней конфликтности и самообвинения.

Испытуемому предъявляется тест, содержащий 110 пунктов и стандартный бланк ответов. Инструкция подразумевает градации ответов: «согласен», «не согласен», которые фиксируются испытуемыми в соответствующих позициях бланка. Значения подсчитываются по всем шкалам. Опросник обладает удовлетворительной ретестовой надежностью и достаточной конструктивной валидностью.

Бланки методик приложены к работе (Приложение 4).

Первичные данные психодиагностического исследования представлены в приложении 5.

---

[5] Аладьин А. А., Пергаменщик Л. А., Фурманов И. А. Психодиагностика и психокоррекция в воспитательном процессе. Мн.: БНИИО, 1992. 152 с.

2.1.3 Характеристика выборки и процедуры ее формирования

В связи с ограничениями, связанными с пандемией, целевые группы, составившие базу исследования, формировались в дистанционном режиме в два этапа. Предварительно, для формирования общей выборки - лиц с признаками нарушений и расстройств пищевого поведения – был использован «Тест отношения к приему пищи» (Eating Attitudes Test, EAT), электронный вариант которого в виде Google-Form с опросниками и объявлением о проводимом исследовании был размещен в различных группах и пабликах социальных сетей: ВК, Фэйсбук, посвященных нервной анорексии и нервной булимии. Желающие самостоятельно заполняли опросники и присылали заполненные бланки по сети Интернет на обработку. Из присланных 78 заполненных анкет отбирались те, где показатель превышал 20 баллов. Согласно методики данные респонденты с высокой вероятностью имели нарушения пищевого поведения. Таким образом, с помощью данного теста, был осуществлен предварительный отбор целевых респондентов (в количестве 46 человек). Далее в соответствии с исследовательским замыслом полученная выборка дифференцировалась по критерию возраста. Респонденты 30 лет и моложе 30 лет составили первую группу, респонденты старше 30 лет составили вторую группу. Обоснованием деления по такому принципу служила периодизация возрастных кризисов, где 30-летний рубеж обозначен как кризис молодости, связанный с противоречиями между желаемым образом жизни и реально достигнутыми, имеющимися условиями семейной, профессиональной и общественной жизнедеятельности[6]. Можно также соглситься с А. О. Толочковой, Н. Э. Вишневой, утверждающих , что 30 лет- время прощания с юностью, потребности быть привлекательными вспыхивают с новой силой, происходит переход на рассудочные деловые связи, что, безусловно, провоцирует к

[6] Яшкова А. Н. Кризисы возрастного развития периода взрослости // Акмеология. 2010. №2. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/krizisy-vozrastnogo-razvitiya-perioda-vzroslosti (дата обращения: 04.10.2021).

самоизменению.[7] Других ограничений по каким-либо критериям (месту расположения, образовательному, этническому признакам и пр.) не предполагалось. Для минимизации действия гендерного/полового параметра привлекалось примерно одинаковое число мужчин и женщин.

Сформированные возрастные группы респондентов с признаками нарушений и расстройств пищевого поведения подвергались в дальнейшем психодиагностическому измерению с помощью выбранного инструментария и сравнительному анализу.

Более детальное описание выборки исследования представлено в таблице 2.

Таблица 2.

Характеристика выборки исследования

	Всего-46 чел							
Распределение по группам	**1 группа** -24 чел				**2 группа**-22 чел.			
Параметры выборки	**Половой состав:**		**Возрастной диапазон**		**Половой состав:**		**Возрастной диапазон**	
	М	Ж	мин	макс	М	Ж	мин	макс
Количество человек	8	16	18	30	8	14	31	52

2.1.4 Этапы исследования

В проведенном исследовании условно выделялось четыре этапа.

Первый – теоретический этап - включал: изучение состояния проблемы, предмета исследования, выявление сущностных характеристик исследуемых объектов – нарушения и расстройства пищевого поведения у людей разного возраста; детско-родительские отношения и их влияние на

[7] Толочкова А. О., Вишневая Н. Э. Влияние личностных особенностей и самоотношения женщин на доминирующий стиль пищевого поведения // Психология в экономике и управлении. 2014. №2. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-lichnostnyh-osobennostey-i-samootnosheniya-zhenschin-na-dominiruyuschiy-stil-pischevogo-povedeniya (дата обращения: 04.10.2021).

формирование расстройств. Цель этого этапа достигалась путем использования методов теоретического анализа литературы. На этом же этапе уточнялась гипотеза исследования и в соответствии с ней осуществлялось разработка методики исследования, психодиагностического инструментария. На этом же этапе формировалась выборка, дифференциация ее по возрастному критерию.

На втором этапе – диагностическом – основным содержанием работы стало психодиагностическое измерение. Полученные результаты подвергались дальнейшей обработке с целью изучения особенностей нарушений пищевого поведения, личностных особенностей респондентов и взаимоотношений с отцом, проведения сравнительного анализа рассматриваемых конструктов между подгруппами, а также изучения связей между признаками нарушения пищевого поведения и взаимоотношений с отцом.

Третий - заключительный этап, перекрываясь во времени с предыдущим, включал систематизацию материалов исследования, их научную интерпретацию и обобщение. На этом же этапе осуществлялось оформление рукописи работы.

2.2 Анализ и интерпретация результатов исследования влияния отцовской фигуры на течение РПП у людей разного возраста

Описательные статистики по всем параметрам методик по двум группам представлены в приложении 1.

Для оценки выраженности присущих расстройствам пищевого поведения характеристик была использована методика «Шкала оценки пищевого поведения» в адаптации Ильчик О.А., Сивуха С.В., Скугаревский О.А., Суихи С. Визуальное представление результатов сравнения средних

значений в группах по шкале оценки пищевого поведения ШОПП отображено на рисунке 1.

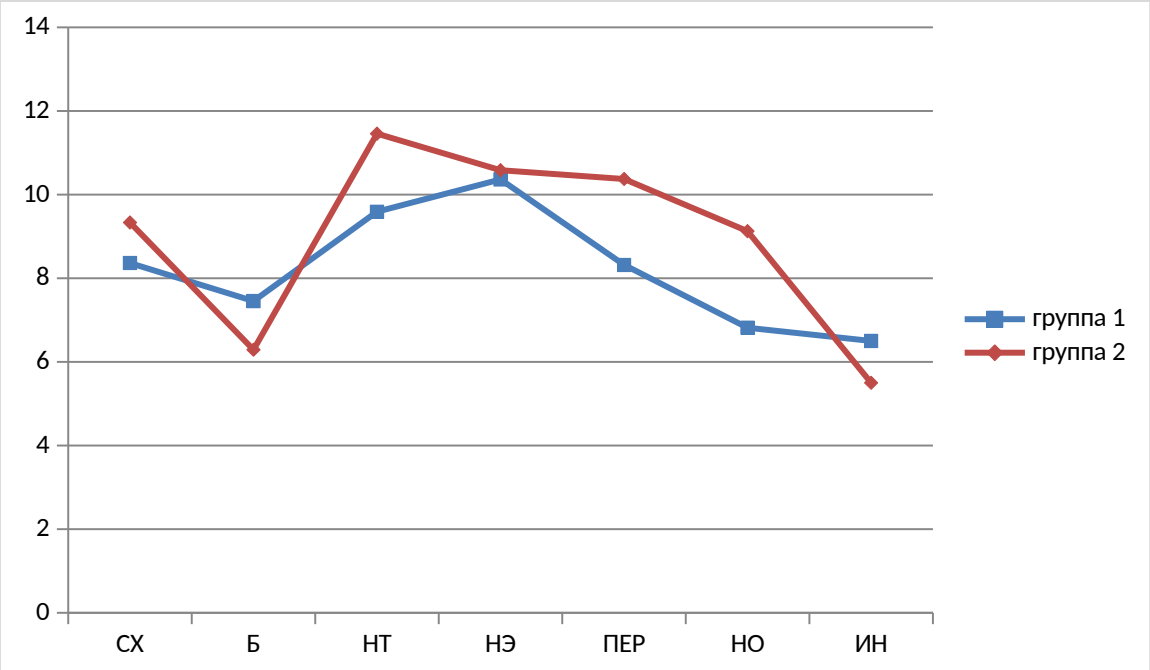


Рис.1 Сравнительный анализ показателей шкал оценки пищевого поведения между возрастными группами

Условные обозначения: СХ – стремление к худобе; Б – булимия; НТ – неудовлетворенность телом; НЭ – неэффективность; ПЕР – перфекционизм; НО – недоверие; ИН– интероцептивная некомпетентность.

Анализ результатов опросника «Шкала оценки пищевого поведения» в обеих группах респондентов свидетельствует о неоднородности групп по выраженности признаков нарушений пищевого поведения, практически по всем параметрам наблюдается широкий размах между минимальным и максимальным показателям, при этом анализ средних значений демонстрирует повышенные показатели относительно нормы у

большинства шкал, в частности: в первой группе по таким шкалам, как: стремление к худобе (8,36), булимия (7,45), неудовлетворенность телом(9,59);неэффективность (10,36); перфекционизм (8,31). Во 2-ой группе выявлены более высокие значения по шкале стремление к худобе (9,33), неудовлетворенность телом (11,45); неэффективность (10,58); перфекционизм (10,37), недоверие (9,12).

Сравнительный анализ выраженности признаков нарушений пищевого поведения между группами показыват, что в данной выборке в первой группе по сравнению со второй в большей степени выражены такие признаки, как: булимия (7,45 против 6,29 во второй группе), интероцептивная некомпетентность (6,5 против 5,5).

Достоверность различий между показателями признаков выявлялась путем применения U-критерия Манна-Уитни. Рассчеты представлены в Приложении 2. Согласно рассчетам, значимые различия обнаружены только по параметру недоверие в межличностных отношениях ($U_{эмп.}$ = 168), что означает, что степень сформированности чувства отстраненности от контактов с окружающими значимо отличается во второй группе.

Для того, чтобы проанализировать особенности отражения нарушения внутрисемейных отношений и особенности взаимоотношений с отцом был использован опросник «Родителей оценивают дети» (РОД) И.А. Фурманова и А.А. Аладьина. Для получения объективной картины при заполнении ответов было обращено внимание респондентов, что в содержании вопросов под словом «родители» необходимо подразумевать фигуру отца. Результаты методики представлены на рисунке 2.

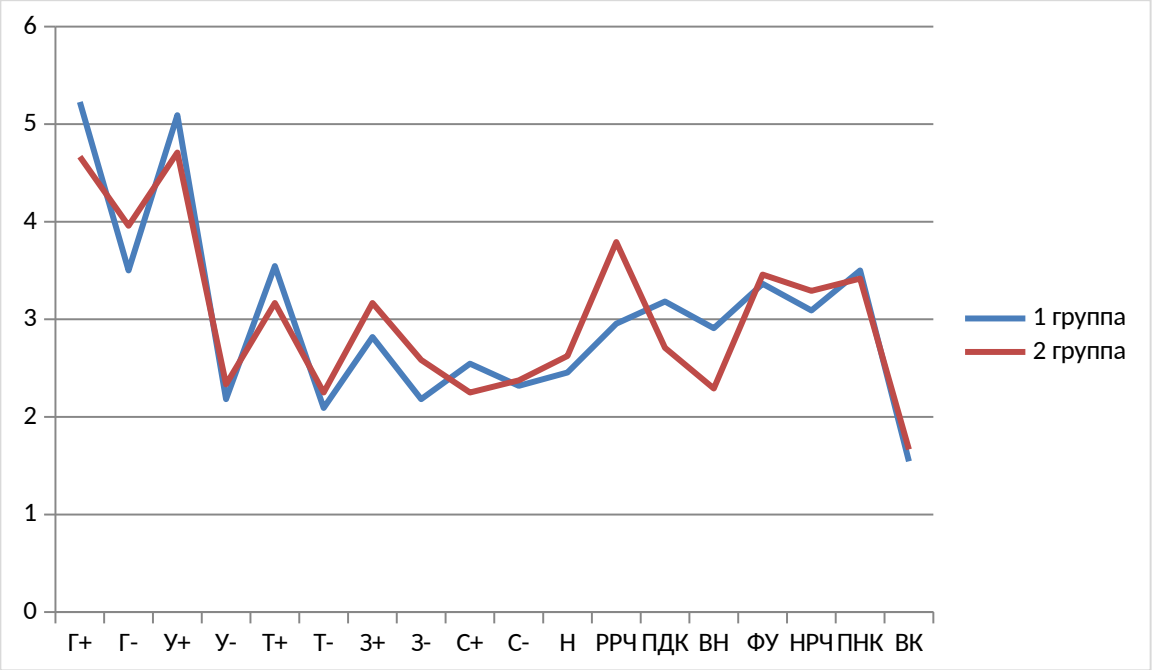


Рис.2 Сравнение средних показателей по группам параметров методики «РОД»

Сравнительный анализ представлений респондентов о наличии проблем в воспитании детей свидетельствует, что в первой группе наибольшую проблемность респонденты видят в таких стилях воспитания, как: гиперпротекция (шкала Г+), когда ребенку уделяют слишком много внимания, времени и сил; потворствование (шкала У+), родители стремятся удовлетворить любые его желания и прихоти; чрезмерность требований-обязанностей (шкала Т+), когда ребёнку предъявляется слишком много требований и родители воспитывают в ребёнке повышенную моральную ответственность; чрезмерность санкций (шкала С+): родители ругают ребёнка даже за незначительные промахи и ошибки; предпочтение детских качеств (шкала ПДК), когда уже взрослый человек воспринимается родителем как маленький и не самостоятельный.

По таким показателям, как: игнорирование потребностей ребенка (шкала У-), недостаточность требований-обязанностей (шкала Т-), фобия утраты ребенка (шкала ФУ), проекция на ребенка собственных нежелательных качеств (шкала ПНК), вынесение конфликта между

супругами в сферу воспитания (шкала ВК), - данные в группах практически сопоставимы.

Применение статистического критерия U-критерия Манна-Уитни не выявило достоверно значимых отличий ни по одному параметру, что означает, что представления о причинах проявления негармоничных стилей воспитания со стороны отцов в обеих группах, в целом, идентичны.

Как было отмечено ранее, в дополнение к существующим, были добавлены методики, исследующие уровень тревожности и самоотношения, как факторов, связанных с исследумыми феноменами.

Рассмотрим результаты исследования, полученные по методике Ч.Д. Спилберга - Ю.Л. Ханина. Сравнение средних показателей (рис. 3) показывает, что средний показатель ситуативной тревожности существенно выше в первой группе (≈ 39,6) по сравнению со второй (≈ 35,5%). Личностная тревожность по среднему своему показателю, напротив, существенно выше во второй группе(40). В первой группе этот показатель составляет 38.

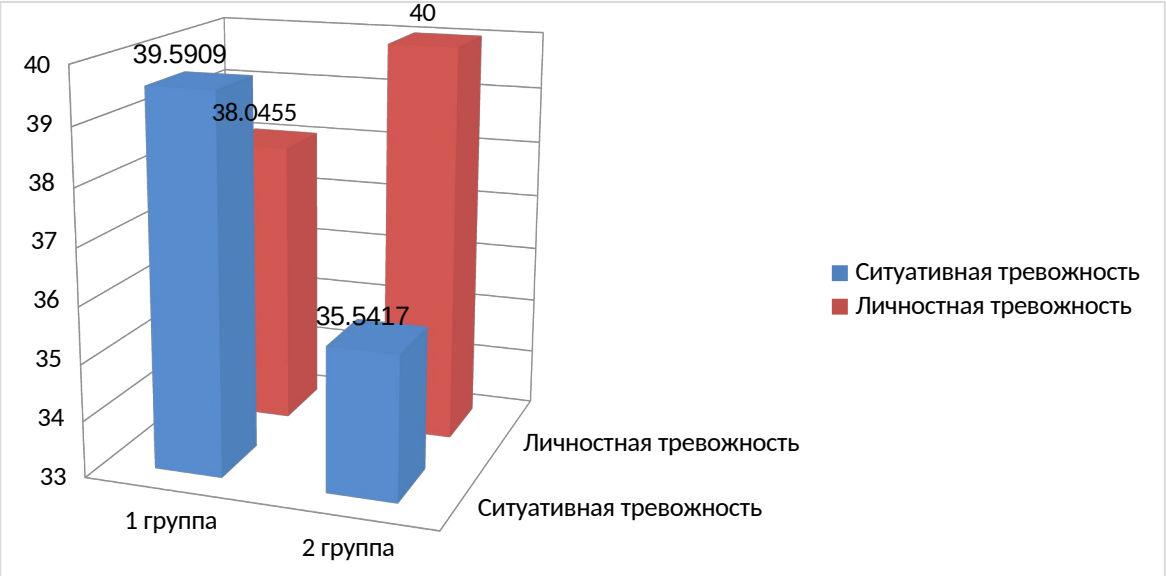


Рис.3 Показатели тревожности в группах (Шкала тревожности Спилберга Ханина)

Анализ распределения по уровням выраженности тревожности (рис.3) показывает, что низкий уровень ситуативной тревожности в первой группе выражен у 9% испытуемых, умеренный - 64%, высокий - 27%. Сответствующие показатели во второй группе :низкий- 25%, средний- 62,5%, высокий – 12,5%.

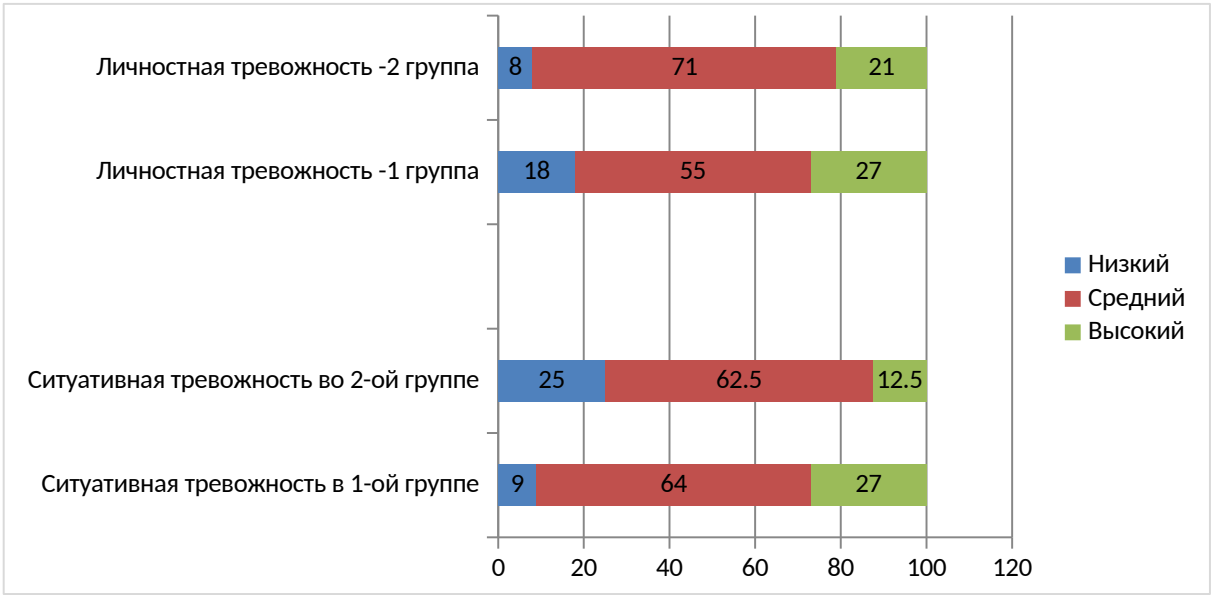


Рис.4 Распределение тревожности по уровням в группах

Таким образом, можно сделать вывод, что показатели в обеих группах соизмеримы и демонстрирует существенный процент людей с высоким уровнем тревожности. Эти респонденты беспокоятся по поводу своего здоровья, а также у них наблюдается нервозность. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени. Испытуемые с низкой ситуативной тревожностью не могут полностью осознавать всю картину

происходящего, халатно относятся к своему здоровью. Процент с такой картиной уровня ситуативной тревожности не высок.

В первой группе у 27% испытуемых выявлен высокий уровень личностной тревожности, умеренный - у 55%, низкий - у 18%. Соответствующие показатели во второй группе : низкий уровень - 8%, средний- 71%, высокий – 21%. Высокая личностная тревожность свидетельствует об устойчивости данной индивидуальной характеристики, отражающей предрасположенность субъекта к тревоге и к тенденции воспринимать достаточно широкий спектр ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность, личностная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, связанные со специфическими ситуациями, расцениваемых человеком как опасные, угрозы его престижу, самооценке, самоуважению.

Применение статистического критерия U-критерия Манна-Уитни выявило статистически значимое отличие между группами по параметру ситуативной тревожности (U=173), что означает, что в различных ситуациях беспокойство и нервозность респондентов первой группы существенно выше.

Особенности самоотношения изучались с помощью опросника исследования самоотношения (МИС) Р.С.Пантелеева, содержащего 9 шкал.

Результаты измерения представлены на рисунке 5.

Данные диаграммы свидетельствуют, что в целом респонденты второй группы демонстрируют более высокие показатели по таким шкалам, как: закрытость, самоуверенность, саморуководство, отраженное самоотношение, самоценность, самопривязанность. По остальным показателям (самопринятие, внутренняя конфликтность, самообвинение) показатели первой группы выше.

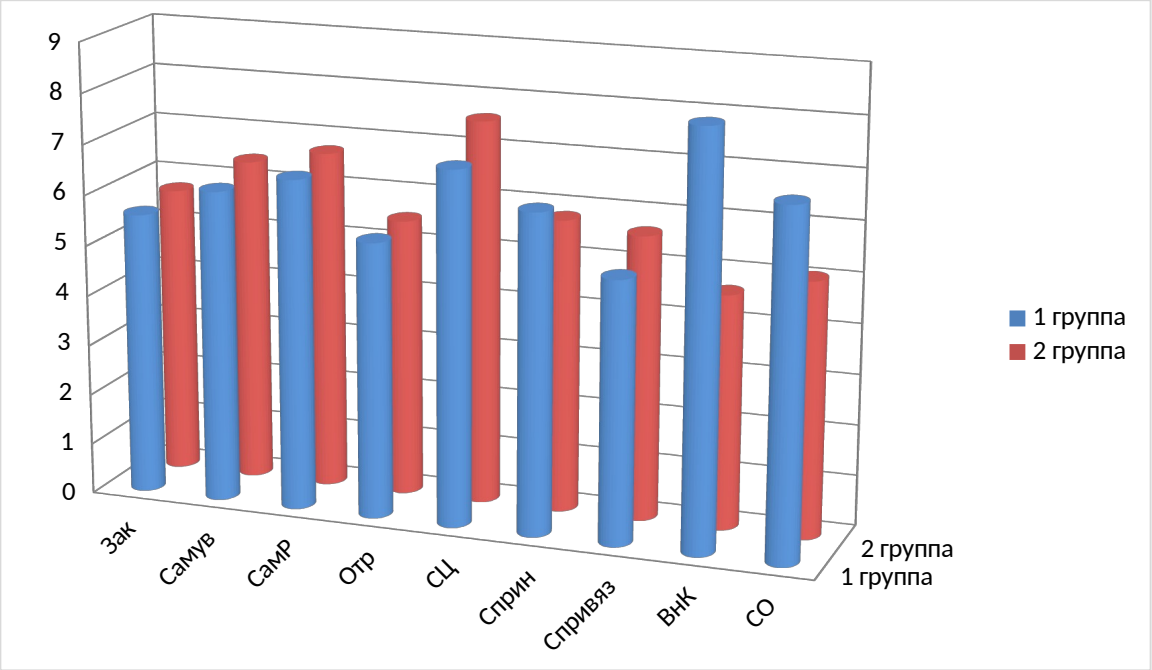


Рис.5 Сравнение средних показателей шкал по методике МИС в обеих группах

Условные обозначения: Зак-закрытость, Самув.- самоуверенности, СамР-саморуководство, Отр.-отраженное самоотношение, СЦ-самоценность, Сприн –самопринятие, Спривяз - самопривязанность, ВнК- внутренняя конфликтность, СО-самообвинение

Сопоставляя нормы автора по шкалам со средним значением по группам (приложение 1), можно сделать вывод, что общий результат по каждой группе свидетельствует о том, что все показатели самоотношения респондентов в обеих группах находятся на среднем уровне, что указывает на избирательное отношение к себе и к своим личным свойствам (таблица 3).

Таблица 3

Показатели уровня выраженности самоотношения в группах

Шкала	Группы	Среднее		Уровень выраженности
		Балл	Стены	
1. Закрытость	1 группа	6	6	средний
	2 группа	5	5	средний

2. Самоуверенность	1 группа	9	5	средний
	2 группа	9	5	средний
3. Саморуководство	1 группа	7	6	средний
	2 группа	8	7	средний
4. Отраженное самоотн.	1 группа	5	5	средний
	2 группа	5	5	средний
5. Самоценность	1 группа	9	7	средний
	2 группа	10	7	средний
6. Самопривязанность	1 группа	7	5	средний
	2 группа	7	5	средний
7. Самопринятие	1 группа	5	5	средний
	2 группа	5	5	средний
8. Внутренняя конфликт	1 группа	12	7	средний
	2 группа	4	4	средний
9. Самообвинение	1 группа	7	6	средний
	2 группа	5	5	средний

Применение статистического критерия U-критерия Манна-Уитни выявило статистически значимое отличие между группами по параметрам самоотношения: «внутренний конфликт» (U=65) и «самообвинение» (U=137).

Для дальнейшего исследования и проверки гипотез о наличии взаимосвязей между признаками нарушений и расстройств пищевого поведения и показателями взаимоотношений с отцом, а также компонентами самоотношения и тревожности был проведен корреляционный анализ с применением непараметрического коэффициента корреляции Спирмена. Результаты корреляционного анализа представлены в приложении 3.

В таблицах 4,5 вынесены значения значимых корреляций между исследуемыми параметрами в первой группе.

Таблица 4

Значимые корреляции между признаками нарушений пищевого поведения и параметрами тревожности и самоотношения в первой группе

	Б	НТ	НЭ	ПЕР	НО	ИН	СТ	ЛТ	Отр	ВнК	СО
стремление к худобе	,769**									,825**	,867**
булимия										,696**	,648**
неудовлетворенность телом				,84**	,43*	-,46*	,43*	,84**	,43*		
неэффективность					,475*					,44*	,55**
перфекционизм		,84**							,507*		
недоверие		,43*	,47*							,47*	
интероцептивная некомпетентность		-,46*		-,57**					-,47*		

Примечание:

**. Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

*. Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

Таблица 5

Значимые корреляции между признаками нарушений пищевого поведения и показателями взаимоотношений с отцом в первой группе

	Г-	Т-	З-	ФУ	ВК
стремление к худобе					
булимия		-,433*			
неудовлетворенность телом					
неэффективность	,455*			,460*	,646**
перфекционизм			-,486*		

Таким образом, проведение корреляционного анализа позволило выявить в первой группе связи между признаками нарушений пищевого поведения и различными параметрами:

-Стремление к худобе положительно коррелирует с булимией (r=0,769), внутренней конфликтностью (r=0,825), самообвинением (r=0,867),

-Булимия образует значимые связи с внутренней конфликтностью (r=0,696), самообвинением (r=0,648), отрицательно коррелирует с недостаточностью требований со стороны отца (r=-0,433),

-Шкала «Неудовлетворенность телом» положительно коррелирует с перфекционизмом (r=0,84); недоверием (r=0,43); ситуативной (r=0,43), и личностной тревожностью (r=0,84), отраженным самоотношением (r=0,43), отрицательно - с интероцептивной некомпетентностью (r= -0,46),

- Шкала «Неэффективность» положительно коррелирует с недоверием (r=0,475); внутренней конфликтностью (r=0, ,44), самообвинением (r=0,55), гипопротекцией (r=0,455); фобией утраты ребенка (r=0,46), вынесением конфликта между супругами в сферу воспитания (r=0,646),

- Шкала «Перфекционизм» образует положительные связи с отраженным самоотношением (r=0,507), отрицательную - с интероцептивной некомпетентностью (r= -0,574) и недостаточностью требований-запретов (r=-0,486).

-Шкала «Недоверие» положительно коррелирует с внутренней конфликтностью (r=0,,47),

-«Интероцептивная некомпетентность» отрицательно связана с отраженным самоотношением (r=-0,47)

В таблицах 6,7 вынесены значения значимых корреляций между исследуемыми параметрами во второй группе.

Таблица 6

Значимые корреляции между признаками нарушений пищевого поведения и параметрами тревожности и самоотношения во второй группе

	СХ	Б	НТ	НЭ	ПЕР	НО	ИН	СТ	САМУВ	СамР	Спринн
стремление к худобе			,718**		,497*	,407*					-,446*
булимия				-,47*		,80**	,89**		-,83**		
неудовлетворенность телом					,82**		,41*			,415*	
неэффективность						,54**					
перфекционизм	,49*	-,47*	,82**				-,53**	-,44*		,471*	
недоверие	,41*			,54**							
интероцептивная некомпетентность		,81**	-,41*		-,537**			,76**		-,672**	

Примечание:

**. Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

*. Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

Таблица 7

Значимые корреляции между признаками нарушений пищевого поведения и показателями взаимоотношений с отцом во второй группе

	Г+	З+	С-	РРЧ	ПДК	НРЧ
стремление к худобе		,53**				
булимия	,487*			,930**		
неудовлетворенность телом						
неэффективность						
перфекционизм				-,605**		
недоверие		,479*	-,526**			-,456*
интероцептивная	,564**			,772**	,454*	

некомпетентность						

В результате корреляционного анализа во второй группе выделяем связи между признаками нарушений пищевого поведения и остальными параметрами:

-Стремление к худобе положительно коррелирует с недовольством телом (r=0,718), перфекционизмом (r=0,497), недоверием (r=0,407), чрезмерностью требований-запретов (r=0,53) и отрицательно – с самопринятием (r=-0,446),

-Булимия образует значимые связи с недоверием (r=0,80), интероцептивной некомпетентностью (r= 0,89), гиперпротекций (r=0,487), расширением сферы родительских чувств (r= 0,93), отрицательно коррелирует с самоуважением (r=-0,83),

-Шкала «Неудовлетворенность телом» положительно коррелирует с перфекционизмом (r=0,82); саморуководством (r=0,415); отрицательно с интероцептивной некомпетентностью (r= -0,41),

- Шкала «Неэффективность» положительно коррелирует с недоверием (r=0,54);

- Шкала «Перфекционизм» образует положительные связи с саморуководством (r=0,471), отрицательную - с интероцептивной некомпетентностью (r= -0,537), ситуативной тревожностью (r=-0,44) и расширением сферы родительских чувств (r= -0,605),

-Шкала «Недоверие» положительно коррелирует с чрезмерностью требований-запретов (r=0,479), отрицательно с минимальностью санкций (r=-0,526) и неразвитостью родительских чувств (r=-0,456);

-«Интероцептивная некомпетентность» положительно связана с ситуативной тревожностью (r=0,76), гиперпротекций (r=0,564), расширением сферы родительских чувств (r= 0,772), предпочтением в ребенке детских качеств (r=0, 454) и отрицательно связана с саморуководством (r=-0,672).

Таким образом, результаты исследования дают основания утверждать о роли отца в нарушениях пищевого поведения, при этом влияние отца имеет свои особенности в разновозрастных группах.

Выводы ко второй главе

В ходе эмпирического исследования была сформирована выборка, осуществлена диффренциация выборки на 2группы в зависимости возраста, подобраны методики для изучения исследуемых феноменов, проведен анализ по каждой группе и сравнительный межгрупповой анализ с применением статистических и математических методов.

В результате исследования были получены следующие выводы:

1. В обеих группах обнаружены признаки нарушений пищевого поведения, проявляющиеся выше нормы нормы: в группе младше 30 лет среди признаков: стремление к худобе (8,36), булимия (7,45), неудовлетворенность телом (9,59); неэффективность (10,36); перфекционизм (8,31). В группе старше 30 лет : стремление к худобе (9,33), неудовлетворенность телом (11,45); неэффективность (10,58); перфекционизм (10,37), недоверие (9,12).
2. Во взаимоотношениях с отцом в обеих группах схожие представления о причинах проявления негармоничных стилей и проблем воспитания. Наибольшая проблемность проявляется по причине гиперпротекции ,гипопротекции, потворствовании, расширении сферы родительских чувств.
3. Уровень ситуативной тревожности статистически значимо выше в первой группе (≈ 39,6) по сравнению со второй (≈ 35,5%). Личностная тревожность по среднему своему показателю, напротив, выше во второй группе(40).
4. Выраженность структурных компонентов самоотношение в обеих

группах примерно сопоставимо, за исключением компонентов самоотношения: «внутренний конфликт» и «самообвинение», которые в группе моложе 30лет выражены значимо сильнее.

5. Корреляционный анализ выявил множество связей между признаками нарушений пищевого поведения и параметрами, характеризующих стили воспитания со стороны отца, особенности самоотношения и тревожность. В первой группе зафиксировано 27 связей, во второй – 35.

Обобщая результаты исследования, заключаем, чтообе гипотезы нашли свое подтверждение.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1,2,3,5(приложены отдельно)

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Шкала оценки пищевого поведения (ШОПП)

Инструкция: Эта шкала измеряет различные предпочтения, ощущения и поведение. Некоторые пункты имеют отношение к еде и продуктам питания. Другие касаются ваших личных ощущений в отношении себя. Не существует правильных или неправильных ответов. Постарайтесь быть полностью искренними в своих ответах. Результаты строго конфиденциальны. Прочтите каждый вопрос и поставьте (х) в колонке (всегда, обычно, часто, иногда, редко, никогда), который наиболее соответствует вашему суждению. Пожалуйста, читайте каждый вопрос внимательно.

Утверждения	никогда	редко	иногда	часто	очень	всегда
1. Я ем конфеты и углеводы,						

не испытывая напряжения.						
2. Я считаю, что мой живот слишком толстый.						
3. Я ем, когда взволнован (растерян).						
4. Я объедаюсь.						
5. Я боюсь испытывать сильные эмоции.						
6. Я считаю, что мои бедра слишком толстые.						
7. Я чувствую себя бесполезным.						
8. Я чувствую себя чрезмерно виноватым после того, как слишком много съел.						
9. Я полагаю, что размер моего желудка в пределах нормы.						
10. В моей семье учитываются только огромные достижения.						
11. Я выражаю мои эмоции открыто.						
12. Я испытываю ужас от возможности растолстеть.						
13. Я доверяю другим людям.						
14. Я удовлетворен моей						

внешностью.						
15. Я чувствую, что контролирую мою жизнь.						
16. При столкновении с собственными эмоциями, я испытываю замешательство.						
17. Я легко общаюсь с другими.						
18. Я преувеличиваю важность веса.						
19. Я могу четко определять эмоции, которые чувствую.						
20. Я не чувствую себя на высоте.						
21. У меня были такие приемы пищи, при которых я чувствовал, что не могу остановиться.						
22. Когда я был маленьким, то делал все, чтобы не разочаровать своих родителей и учителей.						
23. У меня близкие отношения с людьми.						
24. Мне нравится форма моих ягодиц.						
25. Я все время думаю о похудении.						

26. Я не знаю, что со мной происходит.						
27. Я беспокоюсь, выражая мои эмоции другим.						
28. Когда я что-либо делаю, то хочу быть лучше других.						
29. Я уверен в себе.						
30. Я думаю о переедании.						
31. Я не могу точно понять, голоден я или нет.						
32. Я низко себя оцениваю.						
33. Я чувствую, что я могу достигать мои цели.						
34. Мои родители всегда ожидают, что я буду лучшим.						
35. Я беспокоюсь, что мои чувства выйдут из-под моего контроля.						
36. Я нахожу, что мои бока слишком толстые.						
37. Я ем нормально в присутствии других людей и набиваю живот, когда они уходят.						
38. Я чувствую вздутие живота после небольшого перекуса.						

39. Когда я сильно взволнован, то не знаю: то ли мне грустно, то ли мне страшно, то ли я злюсь.						
40. Я думаю, что я должен что-то либо делать идеально, либо вообще не делать.						
41. Я думаю вызывать рвоту, чтобы снижать вес.						
42. Мне нужно держать людей на определенной дистанции (мне неприятно, если кто-то пытается ко мне приблизиться).						
43. Я считаю, что мои бедра нормального размера.						
44. Я чувствую себя эмоционально опустошенным.						
45. Я могу говорить о своих мыслях и чувствах.						
46. Я нахожу, что мои ягодицы слишком толстые.						
47. У меня есть чувства, которые я не могу точно определить.						
48. Я ем или пью тайком.						
49. Я считаю, что мои бока нормального размера.						
50. У меня чрезвычайно высокие (амбициозные) цели.						

51. Когда я взволнован, то боюсь, что начну есть.						

Таблица А.1 – Соотношение шкал и вопросов по опроснику ШОПП

Шкалы	Номера вопросов
Стремление к худобе	1*, 8, 12, 18, 25
Булимия	3, 4, 21, 30, 37, 41, 48, 51
Неудовлетворенность телом	2, 6, 9*, 14*, 24*, 36, 43*, 46, 49
Неэффективность	7, 15*, 20, 29*, 32, 33*, 44
Перфекционизм	10, 22, 28, 34, 40, 50
Недоверие в межличностных отношениях	11*, 13*, 17*, 23*, 27, 42, 45
Интероцептивная некомпетентность	5, 16, 19*, 26, 31, 35, 38, 39, 47

* Обратные вопросы

Опросник «Родителей оценивают дети» (РОД)

Инструкция: Предлагаемый опросник содержит мнение детей о взаимоотношениях с родителями. Читайте по очереди утверждения опросника. Если Вы, в общем, согласны с ними, то на "Бланке ответов" зачеркните номер им соответствующий. Если Вы, не согласны - не делайте никаких пометок. В опроснике нет "неправильных" или "правильных" утверждений. Отвечайте так, как Вы сами думаете.

1. Мои родители считают: все, что они делают, они делают ради меня.
2. У моих родителей часто не хватает времени позаниматься со мной чем-нибудь интересным: куда-нибудь пойти вместе, поговорить о какихнибудь проблемах.
3. Мои родители часто разрешают мне такие вещи, которых не разрешают многие другие родители.

4. Мои родители не любят, когда я обращаюсь к ним с вопросами, говорят: «Догадайся сам».
5. Я имею дома гораздо больше обязанностей, чем большинство моих товарищей.
6. Меня даже мои родители не могут заставить что-нибудь сделать по дому.
7. Мои родители считают, что мне лучше не задумываться над правильностью их взглядов.
8. Обычно я возвращаюсь домой тогда, когда захочу.
9. Мои родители не оставляют безнаказанным ни одного моего плохого поступка, считают, что только тогда я стану человеком.
10. По возможности родители стараются меня не наказывать.
11. Когда мои родители в хорошем настроении, они нередко прощают мне то, за что в другое время наказали бы.
12. Родители любят меня больше, чем друг друга.
13. Мне кажется, что раньше, когда я был маленький, родители любили меня больше, чем сейчас.
14. Когда я подолгу упрямлюсь или злюсь, родители часто понимают, что поступили по отношению ко мне неправильно.
15. У моих родителей долго не было детей, и моего появления очень ждали.
16. От своих родителей я часто слышу, что воспитание детей — очень утомительное дело.
17. Я подозреваю, что у меня есть какие-то качества, которые выводят родителей из себя.
18. Мои родители часто конфликтуют из-за различия во взглядах на мое воспитание.
19. Мои родители говорят, что я для них — самое главное в жизни.
20. Мои родители мало интересуются, где я пропадаю.
21. Родители стараются покупать мне такую одежду, какую я сам выберу, даже если она дорогая.
22. Мои родители считают меня непонятливым, говорят: «Легче самому два раза сделать, чем один раз объяснить тебе».
23. Мне нередко приходилось (или приходится) присматривать за моим младшим братом (сестрой).
24. Мои родители предпочитают что-то сделать сами, чем «связываться» со мной.
25. Мои родители очень злятся, когда я подмечаю их слабости и недостатки.
26. Я сам (без участия родителей) решаю, с кем мне дружить.
27. Мои родители считают, что дети должны не только любить их, но и бояться.

28. Родители меня ругают очень редко.
29. В своей строгости по отношению ко мне у родителей возникают большие колебания. Иногда они очень строги, а иногда все разрешают.
30. Мы с мамой понимаем друг друга лучше, чем с отцом.
31. Моих родителей огорчает, что я слишком быстро стал взрослым.
32. Если я упрямлюсь, то родители делают так, как я хочу.
33. Мои родители считают меня слабым и болезненным.
34. Мои родители (или один из них) считают, что, если бы у них не было детей, они бы добились гораздо большего в жизни.
35. У меня есть некоторые слабости, с которыми упорно борются мои родители.
36. Нередко бывает, когда меня наказывает один из родителей, другой упрекает его в излишней строгости и начинает утешать меня.
37. Мои родители часто говорят, что заботы обо мне занимают наибольшую часть их времени.
38. Мои родители редко посещают родительские собрания.
39. Мои родители стараются купить мне все, что я захочу, даже если это стоит дорого.
40. От моих родителей часто можно услышать, что они сильно устают от общения со мной.
41. Мои родители часто поручают мне важные и трудные дела.
42. Мои родители считают, что на меня нельзя положиться в серьезном деле.
43. Мои родители считают, что главное, чему родители должны научить своих детей, — это слушаться.
44. Я сам решаю, курить мне или нет.
45. Мои родители считают, что чем строже они относятся ко мне, тем лучше для меня.
46. Мои родители очень мягкие люди.
47. Если мне что-то нужно от родителей, то я стараюсь выбрать момент, когда они в хорошем настроении.
48. Мои родители часто говорят, что когда я вырасту, то они мне будут не нужны.
49. Мои родители считают, что чем дети старше, тем труднее иметь с ними дело.
50. Часто мое упрямство есть результат неправильного отношения родителей ко мне.
51. Мои родители постоянно переживают за мое здоровье.
52. Мои родители считают, что, если бы у них не было детей, их здоровье было бы гораздо лучше.

53. Мои родители считают, что, несмотря на все их усилия, некоторые мои недостатки остаются без изменений.
54. Мой отец считает, что я его недолюбливаю.
55. Мои родители считают, что ради меня им от многого в жизни пришлось отказаться.
56. Бывает, что родители не знают о моих оценках и поведении, потому что редко заглядывают в мой дневник.
57. Мои родители тратят на себя значительно больше денег, чем на меня.
58. Мои родители не любят, когда я что-то прошу. Говорят, что лучше знают, что мне надо.
59. Мои родители считают, что у меня было более трудное детство, чем у большинства детей.
60. Обычно я делаю дома только то, что мне хочется, а не то, что хотят родители.
61. Мои родители считают, что я должен уважать их больше, чем всех других людей.
62. Я сам решаю, на что мне тратить свои деньги.
63. Мои родители строже относятся ко мне, чем другие родители к своим детям.
64. Мои родители считают, что от наказаний мало проку.
65. Члены нашей семьи неодинаково строги со мной. Одни балуют, другие, наоборот, очень строги.
66. Мои родители часто говорят, что им бы хотелось, чтобы я не любил никого, кроме них.
67. Мои родители часто говорят, что, когда я был маленький, нравился им больше, чем теперь.
68. Часто я понимаю, что родители затрудняются в выборе решений, как поступить со мной.
69. Мои родители многое позволяют мне из-за моего слабого здоровья.
70. Я часто слышу от родителей, что воспитание детей — тяжелый и неблагодарный труд, что они отдают мне все, а взамен не получают ничего.
71. Мои родители считают, что я не понимаю добрых слов и единственное, что на меня действует, — это строгие постоянные наказания.
72. Моя мать считает, что отец настраивает меня против нее.
73. Мои родители говорят, что все время думают только обо мне, моих делах, здоровье и т. д.
74. Мои родители редко заглядывают в мой дневник.
75. Я всегда умею добиться от родителей того, чего мне хочется.

76. Мои родители говорят, что им больше нравится, когда я веду себя тихо и спокойно.
77. Я стараюсь во всем помочь родителям.
78. Мои родители считают, что если даже я уверен, что они не правы, то должен делать так, как говорят они.
79. У меня мало обязанностей по дому.
80. Выходя из дома, я редко говорю родителям, куда иду.
81. Мои родители считают, что бывают случаи, когда лучшее наказание — это ремень.
82. Мои родители говорят, что многие недостатки пройдут сами собой с возрастом.
83. Мои родители берутся за меня лишь тогда, когда я что-то натворю. Если все тихо, они оставляют меня в покое.
84. Я часто слышу от матери (отца), что если бы я не был их ребенком, а она (он) была (был) бы помоложе, то наверняка в меня влюбилась бы.
85. Мои родители говорят, что, когда я был маленьким, со мной было интереснее говорить, чем сейчас.
86. Мои родители считают, что в моих недостатках виноваты они сами, потому что неумело меня воспитывали.
87. Мои родители говорят, что моя жизнь и здоровье стоили им огромных усилий.
88. Мои родители считают, что, если бы у них не было детей, они жили бы лучше.
89. Мои родители считают, что если они предоставят мне свободу, то я немедленно использую это во вред себе и окружающим.
90. Нередко бывает, что если мать говорит мне одно, то отец говорит другое, и наоборот.
91. Мои родители говорят, что тратят на меня больше сил и времени, чем на себя.
92. Мои родители мало знают о моих делах.
93. Мои желания — закон для моих родителей.
94. Когда я был маленький, то очень любил спать с родителями (или с одним из них).
95. Мои родители считают, что у меня плохой желудок.
96. Мои родители говорят, что они нужны мне, лишь пока я не вырос, а потом я все реже буду вспоминать о них.
97. Иногда мне кажется, что ради меня родители пошли бы на любую жертву.
98. Мои родители считают, что мне нужно уделять значительно больше времени, чем они могут.

99. Когда я ласков с родителями, они мне все прощают.
100. Мои родители хотели бы, чтобы я обзавелся семьей как можно позже — после 30 лет.
101. Моих родителей беспокоит, что мои руки и ноги часто бывают очень холодными.
102. Мои родители говорят, что я маленький эгоист и совсем не думаю об их здоровье и чувствах и т. д.
103. Мои родители считают, что, если бы они не отдавали мне все время и силы, я бы плохо кончил.
104. Когда у меня все благополучно, родители меньше интересуются моими делами.
105. Моим родителям трудно сказать мне «нет».
106. Мои родители огорчены, что я все меньше в них нуждаюсь.
107. Мои родители считают, что мое здоровье хуже, чем у большинства моих сверстников.
108. Мои родители считают, что я испытываю по отношению к ним слишком мало благодарности.
109. Мои родители считают, что я не могу обходиться без их постоянной помощи.
110. Большую часть своего свободного времени я провожу вне дома.
111. Обычно у меня очень много времени для развлечений.
112. Я часто слышу от родителей, что, кроме меня, им больше никто на свете не нужен.
113. Моих родителей волнует мой беспокойный и прерывистый сон.
114. Нередко я слышу от родителей сожаление, что они слишком рано поженились.
115. Мои родители считают, что всего, чего я добился к настоящему моменту (в учебе, работе или другом), я добился только благодаря их постоянной помощи.
116. Моими делами в семье в основном занимается кто-то один из родителей.
117. Кончив уроки, я обычно занимаюсь тем, что мне нравится.
118. Когда я иду на свидание, у моих родителей портится настроение.
119. Мои родители обеспокоены тем, что я часто болею.
120. Мои родители не помогают, а осложняют мою жизнь.

Таблица В.1 – Соотношение шкал и вопросов по опроснику ШОПП

Вопросы					Шкалы
1	19	37	55	73	Г+
2	20	38	56	74	Г-
3	21	39	57	75	У+
4	22	40	58	76	У-
5	23	41	59	77	Т+
6	24	42	60	78	Т-
7	25	43	61	79	З+
8	26	44	62	80	З-
9	27	45	63	81	С+
10	28	46	64	82	С-
11	29	47	65	83	Н
12	30	48	66	84	РРЧ
13	31	49	67	85	ПДК
14	32	50	68	86	ВН

15	33	51	69	87	ФУ
16	34	52	70	88	НРЧ
17	35	53	71	89	ПНК
18	36	54	72	90	ВК
91	97	103	109	115	Г+
92	98	104	110	116	Г-
93	99	105	111	117	У+
94	100	106	112	118	РРЧ
95	101	107	113	119	ФУ
96	102	108	114	120	НРЧ

Описание методики исследования самоотношения С.Р. Пантелеева

Инструкция

Вам предлагается ответить на вопросы (в форме возможных утверждений) об особенностях Вашего характера, привычках, интересах и т.п.

На эти вопросы не может быть "правильных" или "неправильных" ответов т.к. каждый человек имеет право на свою собственную точку зрения. Для того, чтобы полученные на основании Ваших ответов результаты оказались наиболее информативными и плодотворными для конкретизации собственного представления о себе, Вам нужно постараться выбрать наиболее точные и правильные ответы.

Читайте последовательно каждое из приведенных выше утверждений и решайте, верно оно по отношению к Вам или неверно. На бланке ответов рядом с каждым номером утверждения расположены две пустых клетки. Если утверждение верно по отношению к Вам, поставьте "птичку" в левую клетку, если неверно - в правую. Не задумывайтесь над ответом.

1. Мои слова довольно редко расходятся с делом.

2. Случайному человеку я скорее всего покажусь человеком приятным.

3. К чужим проблемам я всегда отношусь с тем же пониманием, что и к своим.

4. У меня нередко возникает чувство, что то, о чем я с собой мысленно разговариваю, мне неприятно.

5. Думаю, что все мои знакомые относятся ко мне с симпатией.

6. Самое разумное, что может сделать человек в своей жизни это не противиться своей судьбе.

7. У меня достаточно способностей и энергии воплотить в жизнь задуманное.

8. Если бы я раздвоился, то мне было бы довольно интересно общаться со своим двойником.

9. Я не способен причинять душевную боль самым родным и любимым мною людям.

10. Я считаю, что не грех пожалеть иногда самого себя.

11. Совершив какой-то промах, я часто не могу понять, как мне могло прийти в голову, что из задуманного могло получиться что-то хорошее.

12. Чаще всего я одобряю свои планы и поступки.

13. В моей личности есть, наверное, что-то такое, что способно вызвать у других острую неприязнь.

14. Когда я пытаюсь оценить себя, я, прежде всего, вижу свои недостатки.

15. Я не могу быть для любимого человека интересным длительное время.

16. Можно сказать, что я ценю себя достаточно высоко.

17. Мой внутренний голос редко подсказывает мне то, с чем бы я в конце концов не согласился.

18. Многие мои знакомые не принимают меня всерьез.

19. Бывало и не раз, что я сам остро ненавидел себя.

20. Мне очень мешает недостаток энергии, волн и целеустремленности.

21. В моей жизни возникали такие обстоятельства, когда я шел на сделку с собственной совестью.

22. Иногда я сам себя плохо понимаю.

23. Порой бывает мучительно больно общаться с самим собой.

24. Думаю, что без труда смог бы найти общий язык с любым разумным и знающим человеком.

25. Если я и отношусь к кому-нибудь с укоризной, то прежде всего к самому себе.

26. Иногда я сомневаюсь, можно ли любить меня по-настоящему.

27. Нередко мои споры с самим собой обрываются мыслью, что все равно выйдет не так, как я решил.

28. Мое отношение к самому себе можно назвать дружеским.

29. Вряд ли найдутся люди, которым я не по душе.

30. Часто я не без издевки подшучиваю над собой.

31. Если бы мое второе Я существовало, то для меня это был бы довольно скучный партнер в общении.

32. Мне представляется, что я сложился как личность и поэтому не трачу много сил на то, чтобы в чем-то стать другим.

33. В целом меня устраивает то, какой я есть.

34. К сожалению, слишком многие не разделяют моих взглядов на жизнь.

35. Я вполне могу сказать, что уважаю себя.

36. Я думаю, что имею умного и надежного советчика в своем лице.

37. Сам у себя я довольно часто вызываю раздражение.

38. Я часто, но довольно безуспешно, пытаюсь в себе что-то изменить.

39. Я думаю, что моя личность гораздо интереснее и богаче, чем это может показаться на первый взгляд.

40. Мои достоинства более значительны, чем недостатки.

41. Я редко остаюсь непонятным в самом важном для меня.

42. Думаю, что другие в целом оценивают меня достаточно высоко.

43. Ко всему, что со мной случается, я приложил старание.

44. Если я спорю с собой, то уверен, что найду единственно правильное решение.

45. Когда со мной случаются неприятности, я говорю: "И поделом тебе!".

46. Я не считаю, что достаточно интересен духовно для того, чтобы быть притягательным для многих людей.

47. У меня нередко возникает сомнение: таков ли я на самом деле, каким себе кажусь.

48. Я не способен на измену даже в мыслях.

49. Чаще всего я думаю о себе с дружеской иронией.

50. Мне кажется, что мало кто может подумать обо мне плохо.

51. Уверен, что на меня можно положиться в самых ответственных делах.

52. Я могу сказать, что в целом контролирую свою судьбу.

53. Я никогда не выдаю чужие мысли за свои.

54. Каким бы я ни казался окружающим, я-то знаю, что в глубине души я лучше, чем большинство других.

55. Я хотел бы оставаться таким, какой есть.

56. Я всегда рад критике в свой адрес, если она обоснована и справедлива.

57. Мне кажется, что если бы таких людей, как я, было больше, то жизнь изменилась бы в лучшую сторону.

58. Мое мнение имеет достаточный вес в глазах окружающих.

59. Что-то мешает мне понять себя по-настоящему.

60. Во мне есть немало такого, что вряд ли вызывает симпатию.

61. В сложных обстоятельствах я обычно не жду, пока проблемы решатся сами собой.

62. Иногда я пытаюсь выдать себя не за того, кто я есть.

63. Быть снисходительным к собственным слабостям вполне естественно.

64. Я убедился, что глубокое проникновение в себя мало приятное и довольно рискованное занятие.

65. Я никогда не раздражаюсь и не злюсь без особых на то причин.

66. У меня бывали такие моменты, когда я понимал, что и меня есть за что презирать.

67. Я часто чувствую, что мало влияю на то, что со мной происходит.

68. Именно богатство и глубина моего внутреннего мира и определяют мою ценность как личности.

69. Долгие споры с собой чаще всего оставляют горький осадок в моей душе, чем приносят облегчение.

70. Думаю, что общение со мной доставляет людям удовольствие.

71. Если говорить откровенно, иногда я бываю очень неприятен.

72. Можно сказать, что я себе нравлюсь.

73. Я - человек ненадежный.

74. Осуществление моих желаний мало зависит от везения.

75. Мое внутреннее Я всегда мне интересно.

76. Мне очень просто убедить себя не расстраиваться по пустякам.

77. Близким людям свойственно недооценивать меня.

78. У меня в жизни нередко бывают минуты, когда я сам себе противен.

79. Мне кажется, что я все-таки не умею злиться на себя по-настоящему.

80. Я убедился, что в серьезных делах на меня лучше не рассчитывать.

81. Порой мне кажется, что я какой-то странный.

82. Я не склонен пасовать перед трудностями.

83. Мое собственное Я не представляется мне чем-то достойным глубокого внимания.

84. Мне кажется, что глубоко обдумывая свои внутренние проблемы, я научился гораздо лучше себя понимать.

85. Сомневаюсь, что вызываю симпатию у большинства окружающих.

86. Мне случалось совершать такие поступки, которым вряд ли можно найти оправдание.

87. Где-то в глубине души я считаю себя слабаком.

88. Если я искренне обвиняю себя в чем-то, то, как правило, обличительного запала хватает ненадолго.

89. Мой характер, каким бы он ни был, вполне меня устраивает.

90. Я вполне представляю себе, что меня ждет впереди.

91. Иногда мне бывает трудно найти общий язык со своим внутренним Я.

92. Мои мысли о себе в большей части сводятся к обвинениям в собственный адрес.

93. Я не хотел бы сильно меняться даже в лучшую сторону, потому что каждое изменение есть потеря какой-то частицы самого себя.

94. В результате моих действий слишком часто получается совсем не то, на что я рассчитывал.

95. Вряд ли во мне есть что-то, чего бы я не знал.

96. Мне еще многого не хватает, чтобы с уверенностью сказать себе: "Да, я вполне созрел как личность".

97. Во мне вполне мирно уживаются как мои достоинства, так и мои недостатки.

98. Иногда я оказываю "бескорыстную" помощь людям только для того, чтобы лучше выглядеть в собственных глазах.

99. Мне слишком часто и безуспешно приходится оправдываться перед самим собой.

100. Те, кто меня не любит, просто не знают, что я за человек.

101. Убедить себя в чем-то не составляет для меня особого труда.

102. Я не испытываю недостатка в близких и понимающих меня людях.

103. Мне кажется, что мало кто уважает меня по-настоящему.

104. Если не мелочиться, то в целом меня не в чем упрекнуть.

105. Я сам создал себя таким, каков я есть.

106. Мнение других обо мне вполне совпадает с моим собственным.

107. Мне бы очень хотелось во многом себя переделать.

108. Ко мне относятся так, как я того заслуживаю.

109. Думаю, что моя судьба сложится все равно не так, как бы мне хотелось теперь. 110. Уверен, что в жизни я на своем месте.

Бланк ответов

Фамилия, имя, отчество_____

Курс_____ Пол_____ Возраст_____

Форма обучения_____

	В	Н		В	Н		В	Н		В	Н
1			28			55			82		
2			29			56			83		
3			30			57			84		
4			31			58			85		
5			32			59			86		
6			33			60			87		
7			34			61			88		
8			35			62			89		
9			36			63			90		
10			37			64			91		

11			38			65			92		
12			39			66			93		
13			40			67			94		
14			41			68			95		
15			42			69			96		
16			43			70			97		
17			44			71			98		
18			45			72			99		
19			46			73			100		
20			47			74			101		
21			48			75			102		
22			49			76			103		
23			50			77			104		
24			51			78			105		
25			52			79			106		
26			53			80			107		
27			54			81			108		
									109		
									110		

Методика диагностики самооценки Ч.Д. Спилбергера, Л. Ханина

Инструкция. Прочитайте внимательно каждое из приведённых ниже предложений. Зачеркните цифру в соответствующей графе справа, в зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, так как правильных или неправильных ответов нет.

№	Суждение	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ни что не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я внутренне скован	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я ощущаю душевный покой	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4

12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности, напряжения	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбуждён, мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

Бланк суждений

21	У меня бывает приподнятое настроение	1	2	3	4

22	Я бываю раздражительным	1	2	3	4
23	Я легко могу расстроиться	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие	1	2	3	4
25	Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть	1	2	3	4
26	Я чувствую прилив сил, желание работать	1	2	3	4
27	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28	Меня тревожат возможные трудности	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я бываю вполне счастлив	1	2	3	4
31	Я всё принимаю близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Я чувствую себя беззащитным	1	2	3	4

33	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
34					
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я бываю доволен	1	2	3	4
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38	Бывает, что я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Ключ к методике оценки ситуационно и личностной тревожности

Номер суждения	Ситуационная тревожность (ответы)	Номер суждения	Личностная тревожность (ответы)
1	4 3 2 1	21	4 3 2 1
2	4 3 2 1	22	1 2 3 4
3	1 2 3 4	23	1 2 3 4
4	1 2 3 4	24	1 2 3 4

5	4	3	2	1	25	1	2	3	4
6	1	2	3	4	26	4	3	2	1
7	1	2	3	4	27	4	3	2	1
8	4	3	2	1	28	1	2	3	4
9	1	2	3	4	29	1	2	3	4
10	4	3	2	1	30	4	3	2	1
11	4	3	2	1	31	1	2	3	4
12	1	2	3	4	32	1	2	3	4
13	1	2	3	4	33	1	2	3	4
14	1	2	3	4	34	1	2	3	4
15	4	3	2	1	35	1	2	3	4
16	4	3	2	1	36	4	3	2	1
17	1	2	3	4	37	1	2	3	4
18	1	2	3	4	38	1	2	3	4
19	4	3	2	1	39	4	3	2	1
20	4	3	2	1	40	1	2	3	4

Список литературы

1. Аграс В. Расстройства пищевого поведения // Психиатрия / Под ред. Р. Шейдера. М., 1998. С. 88-98.

2. Альбицкая, Жанна Вадимовна. Предикторы формирования инвалидизирующих психических расстройств у детей и система мер по предотвращению их развития : автореферат дис. ... доктора медицинских наук : 14.01.06 / Альбицкая Жанна Вадимовна; [Место защиты: Моск. гос. мед.-стоматолог. ун-т им. А.И. Евдокимова]. - Москва, 2019. - 45 с.

3. Васильева Е.А. Базисные убеждения личности с компульсивным перееданием // Научный альманах. 2016. №3.- 203-206 с.

4. Гоголева А.В. Аддиктивное поведение и его профилактика. М.: Издательство, Моск. псих.-соц. ин-та, 2002. - 240 с.

5. Емельянова М., Бутцинова Д. Исследование особенностей личности пациентов с пищевыми расстройствами // Скиф. 2018. №11 (27). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-osobennostey-lichnosti-patsientov-s-pischevymi-rasstroystvami (дата обращения: 21.06.2021).

6. Кононенко, В. С. Особенности семейных взаимоотношений у пациенток с расстройствами пищевого поведения / В. С. Кононенко, Л. Г. Степанова. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2019. — № 5 (243). — С. 292-296. — URL: https://moluch.ru/archive/243/56225/ (дата обращения: 21.06.2021).

7. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения. - М.: 2016. - 516 с.

8. Менделевич В. Д. Пищевые зависимости, аддикции — нервная анорексия, нервная булимия//Руководство по аддиктологии. СПб.: Речь, 2007. - С. 243-256.

9. Мэш, Э. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка / Э. Мэш, Д. Вольф. — СПб.: Прайм-еврознак, 2003, — 384 с.

10. Орлова О.В. Психологические аспекты расстройства пищевого поведения // Акмеология. 2015. №3 (55). -41-58 с.

11.Приленская А.В., Приленский Б.Ю. Зависимое пищевое поведение. Клиника, систематика и пути коррекции//Сибирский вестник психиатрии и наркологии.- 2008.- №2. - 102-105 с.

12. Равич, Рената Давыдовна. Скажи жизни "Да!" [Текст] : как натуропатия может помочь при депрессии и других эмоциональных расстройствах / Рената Равич. - [Б. м.] : Издательские решения, 2016. - 358, [6] с.

13. Рафикова, Юлия Сергеевна. Клинико-метаболическая характеристика и особенности пищевого поведения у подростков, родившихся недоношенными : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.01.08 / Рафикова Юлия Сергеевна; [Место защиты: Сибирский государственный медицинский университет]. - Томск, 2020. - 23 с.

14. Самсонова Г.О., Языкова Т.А., Агасаров Л.Г. Психологические аспекты алиментарного ожирения // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2018. №3. - С. 123.

15. Семина Т.И. Риск развития расстройств пищевого поведения у школьниц и студенток // Вестн. СибГМУ. 2000. № 2. С. 81-82.

16.Халми К.А. Классификация, диагностика и заболевания, сопутствующие расстройствам пищевого поведения: обзор. - М.: 2015. - 430 с.

17. Шабанова А.А., Виноградова М.Г., Ко-шелев В.В. Диагностика личностных особенностей пациентов с нарушениями пищевого поведения. Архивъ внутренней медицины: спец. вып. 2016. С. 101-102.

21.Эйдемиллер, Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, А. Юстицкис, — 4-е изд. — СПб: Мастера психологии, 2008. — 672 с.

22. Эйдемиллер, Э. Г. Системная семейная психотерапия / Э. Г. Эйдемиллер -4-е изд. — СПб: Мастера психологии, 2002. — 74–76 с.

23.Ювенский Д.Б. Эмоциональное переедание и как с ним бороться Энергия: экономика, техника, экология. 2010. № 11. - 78-79 с.

24. Avsar O., Kuskucu A., Sancak S., Genc E. Are dopaminergic genotypes risk factors for eating behavior and obesity in adults? Neuroscience Letters, 2017, vol. 4, pp. 1-17. DOI: 10.1016/j.neulet.2017.06.023

25. Berbert de Carvalho P.H., Alvarenga M., Caputo Ferreira M.E. An etiological model of disordered eating behaviors among Brazilian women, Appetite, 2017, vol. 116, pp. 164-172. DOI: 10.1016/j.appet.2017.04.037

26. Demir D., Bektas M. The effect of childrens' eating behaviors and parental feeding style on childhood obesity, Eating Behaviors, 2017, vol. 26, pp. 137-142. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2017.03.004D.

27.Gravestock S. Diagnosis and classification of eating disorders in adults with intellectual disability: the Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation (DC-LD) approach // J. Intellect. Disabil. Res. 2003. Sep. 47. Suppl. 1. P. 72-83.

28. Kral T.E., Rauh E.M. Eating behaviors of children in the context of their family environment, Physiol Behav., 2010, vol. 100(5), pp. 567-573. DOI: 10.1016/j.physbeh.2010.04.031

29. Lydecker J.A., Grilo C.M. Fathers and mothers with eating-disorder psychopathology: Associations with child eating-disorder behaviors, J Psy-chosom Res., 2016, vol. 86, pp. 63-69. DOI: 10.1016/jjpsychores.2016.05.006

30 Metcalfe J.J., Leonard D. Reprint of "The relationship between culinary skills and eating behaviors: Challenges and opportunities for parents and families", Physiol Behav, 2018, vol. 193, pp. 302-306. DOI: 10.1016/j.physbeh.2018.07.006

31.Minuchin, S. Psychosomatic fami / B. L. Rosman, B. L. Baker. // Dial philment neuro. — 2011. № 4. –P. 11–23.

32. Pace U., D'Urso G., Zappulla C. Negative eating attitudes and behaviors among adolescents: The role of parental control and perceived peer support, Appetite, 2018, vol. 121, pp. 77-82. DOI: 10.1016/j.appet.2017.11.001

33. Persky S., Bouhlal S., Goldring M.R., McBride C.M. Beliefs about genetic influences on eating behaviors: Characteristics and associations with

weight management confidence. Eat Behav., 2017, vol. 26, pp. 93-98. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2017.02.003

34. Reichenberger J., Kuppens P., Liedlgru-ber M., Wilhelm F.H., Tiefengrabner M., Ginzin-ger S., Blechert J. No haste, more taste: An EMA study of the effects of stress, negative and positive emotions on eating behavior, Biol Psychol, 2018, vol. 131, pp. 54-62. DOI: 10.1016/j.biopsycho.2016.09.002

35. Lydecker J., Grilo C. Children of parents with BED have more eating behavior disturbance than children of parents with obesity or healthy weight // International Journal of Eating Disorders. 2017 Vol. 50 № 6 P. 648—656. DOI:10.1002/ eat.22648