НЕГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ ЧАСТНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МОСКОВСКИЙ ИНСТИТУТ ПСИХОАНАЛИЗА»

Факультет психосоматики и психологии телесности

_____

(ФИО студента)

ТЕМА

СВЯЗЬ ОБРАЗА ТЕЛА И ОЦЕНКИ СВОИХ НЕГАТИВНЫХ АФФЕКТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ

Выпускная квалификационная работа - МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ
по направлению подготовки 37.04.01 «Психосоматика и психология телесности»
студента группы № ПМ1А21 ПиПТ_____
Профиль «_____»

Научный руководитель
_____
_____,
(уч. степень, звание)
_____
_____
(ФИО)

Москва 2023

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗУЧЕНИЯ ФЕНОМЕНА ОБРАЗА ТЕЛА В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ ПСИХОЛОГИИ…7
1. Образ тела как предмет психологии.....7
2. Основные психологические подходы к исследованию негативных аффективных состояний.....21
1.3 Исследование связи образа тела с негативными аффективными состояниями.....29
Выводы по теоретическому исследованию.....36
ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВЗАИМОСВЯЗИ САМООТНОШЕНИЯ И ОТНОШЕНИЯ К СВОЕЙ ВНЕШНОСТИ С НЕГАТИВНЫМИ ЭМОЦИЯМИ.....38
2.1 Описание выборки и этапы исследования.....38
2.2 Организация и методики исследования.....40
2.3 Анализ и интерпретация результатов исследования.....43
2.4 Программа психокоррекции негативного образа тела и оценка ее эффективности.....64
Выводы по эмпирическому исследованию…… 70
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....71
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....73
ПРИЛОЖЕНИЕ.....81

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Современные условия предъявляют повышенные требования к личности, в том числе и к внешнему облику, приводящих к искаженному образу телесного Я и обеспокоенности внешним обликом. На фоне чего возникает множество эмоциональных расстройств личности. Неудовлетворенность телом ассоциирована с эмоциональным дистрессом и депрессией, как отмечают в своём исследовании Muehlenkamp J. и Brausch A. [73]. Таким образом, недовольство своим образом тела может выступать как причина аффективных расстройств личности.

Между тем, по данным ВОЗ, в настоящее время более, чем у 110 млн. человек в мире, — 3-6% популяции — выявлены те или иные клинически значимые аффективные расстройства. Согласно докладу международной компании по сбору и анализу статистики Statista, Россия заняла четвертое место в мире по уровню депрессии и тревожности. По исследованию аналитического департамента агентства КРОС, суммарный медиа индекс тревожности в России в 2022 году вырос более, чем в два раза, по сравнению с 2021 годом. Таким образом, отмечается проблема роста аффективных расстройств в обществе.

В исследовательском плане необходимость обращения к данному вопросу обусловливается отсутствием в науке устоявшейся системы взглядов на понимание закономерностей и механизмов формирования образа телесного Я, в частности роли негативных аффективных состояний, таких как депрессия и тревога.

Современное состояние проблемы. Научные основы изучения образа телесного Я были заложены в исследованиях А.А. Бодалева, И.С. Кона, Е.Т.Соколовой, А.Г. Спиркина, В.В. Столина, Н.И. Чесноковой, которые впервые показали место и роль образа телесного Я в развитии личности [11,

28, 48, 50, 51, 62] -> [9, 24, 49, 53, 54, 65]

В настоящее время изучением телесности человека занимается отдельная дисциплина – психология телесности, получившая свое развитие в работах А.Ш. Тхостова, В.В. Николаевой, Г.А. Ариной, С. П. Елшанского [3.1] и др., предметом которой стал психический образ тела [55, 36] -> [59, 35].

Конкретные современные исследования образа тела в психологии представлены различными направлениями, в которых раскрыты возрастные и социальные факторы самовосприятия тела (В.Н.Куницына; Е.С.Язвинская; А.Г.Фаустова) [29, 64, 57] -> [26, 67, 62]; клинические аспекты нарушения образа тела (Я. Кирей-Ситникова; А.Н. Дорожевец; Е.Т. Соколова; В.В. Николаева) [24, 20, 48, 36] -> [20, 15, 49, 35].

Между тем особенностей отношения к образу тела и проявления негативных аффективных состояний у мужчин и женщин исследовано не было, что составило проблематику нашего исследования. Особое значение данная проблема приобретает в связи с задачами профилактики нарушения здоровья.

Объект исследования: связь образа тела и аффективных состояний.

Предмет исследования: взаимосвязь неосознаваемого образа тела и оценки своих негативных аффективных состояний у мужчин и женщин условной группы нормы.

Цель работы: исследовать взаимосвязь неосознаваемого образа тела и оценки негативных аффективных состояний у мужчин и женщин условной группы нормы.

Задачи исследования:

1. Теоретический анализ психологических исследований образа тела и его связь с аффективными состояниями.

2. Эмпирическое исследование взаимосвязи неосознаваемого образа тела и оценки своих негативных аффективных состояний при сравнении мужчин и женщин условной группы нормы.

Гипотезы исследования. Основная: существует взаимосвязь неосознаваемого образа тела и оценки своих негативных аффективных состояний у лиц условной группы нормы.

Частные гипотезы:

1. У мужчин и женщин по-разному реализуется взаимосвязь неосознаваемого образа тела и негативных аффективных состояний
2. У женщин и мужчин адекватная оценка неосознаваемого образа тела положительно коррелирует с низкими оценками своих негативных аффективных состояний
3. У женщин и мужчин неадекватная оценка неосознаваемого образа тела отрицательно коррелирует с высокими оценками своих негативных аффективных состояний

Гипотезы исследования. Основная: существует взаимосвязь неосознаваемого образа тела и оценки своих негативных аффективных состояний у лиц условной группы нормы.
Частные гипотезы:
1. У мужчин и женщин по-разному реализуется взаимосвязь неосознаваемого образа тела и негативных аффективных состояний.
2. У женщин и мужчин более адекватная оценка неосознаваемого образа тела положительно коррелирует с более низкими оценками своих негативных аффективных состояний.
3. У женщин и мужчин менее адекватная оценка неосознаваемого образа тела отрицательно коррелирует с более высокими оценками своих негативных аффективных состояний.

Теоретико-методологической основой исследования выступают телесно-ориентированный подход в изучении психологии и психотерапии (В.Райх, А.Лоуэн), подход к соматическому обучению (М.Фельденкрайз), культурно-исторический подход к психологии телесности (А. Ш. Тхостов, Г.А. Арина, С. П. Елшанский, В. В. Николаева), когнитивно-поведенческий подход к негативным аффективным состояниям (Бек).

Научная новизна. Эмпирически выявлена взаимосвязь негативных аффективных состояний и неосознаваемого образа тела у мужчин и женщин.

Теоретическая значимость. Осуществляется вклад в развитие следующих проблем в психологии: психосоматическая проблема, проблема бессознательного и неосознаваемых компонентов восприятия, проблемы аффекта и интеллекта, проблема межполовых различий.

В … работе происходит пересечение клинической психологии, психосоматики, психологии межполовых различий, когнитивной психологии,

телесно-ориентированного направления психотерапии.??? Не понятно что за многоточие

Практическая значимость. Материал исследования может быть применен в практике психологов при работе с личностями с непринятием своего образа тела.

Методы исследования:

Организационные методы исследования: сравнительный метод.

Эмпирические методы исследования: психодиагностический метод, методы математической статистики (корреляция, критерий Мана-Уитни).

Методики:

- шкала тревоги А. Бека;
- шкала депрессии А. Бека;
- анкета;
- метод оценки неосознаваемого образа тела по М. Фельденкрайзу.

Структура и объем работы. Работа состоит из введения, двух глав, выводов, заключения и приложений; выполнена на 81 листе, список литературы содержит 67 источников.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗУЧЕНИЯ ФЕНОМЕНА ОБРАЗА ТЕЛА В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ ПСИХОЛОГИИ

1.1 Образ тела как предмет психологии

Выделение телесности как объекта психологического исследования осуществляется путём соединения психического и физиологического в единую сущность.

Психология телесности до настоящего времени не является достаточно разработанным направлением психологической науки, так как научные исследования затрагивают лишь отдельные стороны данной проблемы.

Проблемное поле современных исследований телесности включает в себя вопросы о границах человеческого тела и телесности, диалектики внешнего и внутреннего уровней телесности, свободы и детерминированности телесной организации человека в разных культурах. Социокультурные аспекты телесности пересекаются на уровне символики и семиотики тела, как особенный «язык» тела» [30] -> [27].

Изучение телесности представлено в исследованиях: М.М. Бахтина [5] ->[5], А. Ш. Тхостова [54] ->[59], В. В. Николаевой [36] -> [35], Г. А. Ариной […], С. П. Елшанского [3.1] и др.

По мнению А.Ш. Тхостова, тело для психологии как отдельная область исследования не существует, есть как минимум две области, которых нельзя избежать: телесное (интрацептивное) восприятие и произвольное управление телом и его функциями.

Под телесностью в телесно-ориентированной терапии понимают не только собственное тело, но и его временное измерение: прошлое, настоящее, будущее и пространство вокруг тела, включая разные явления сознания – традиции, желания, потребности.

М. М. Бахтин [5], исследуя феноменологию телесности, выделяет два аспекта: тело внутреннее, тело «восчувствованное», «переживаемое изнутри», и тело внешнее - непосредственная красота человеческого тела.

В. В. Николаева сравнивает понятие телесности с культурно-детерминированным и психологически опосредованным явлением - утвердившимся в медицине взглядом на психосоматическую проблему.

Автор отмечает следующие различия:

- в психологии телесности в феноменологическое поле включаются не только психосоматические расстройства, но и феномены нормы, их возрастная динамика, психологические механизмы развития телесности;

- в психологии телесности, как во всей психологической науке, одним из центральных становится понятие "развитие", которое в данном контексте можно обозначить как "психосоматическое";

- в психологии телесности не только декларируется, но и раскрывается в новом контексте активная роль субъекта в преобразовании и развитии телесных феноменов;

- в психологии телесности получают новое наполнение понятия "психосоматический симптом и синдром", "психосоматическое единство".

Телесность — это что-то вроде алхимического эликсира, состоящего из множества видимых и невидимых элементов. Каждый человек имеет свою уникальную физическую природу, или природу, которая прочно связана с его материальным и реальным телом. Через тело мы существуем и живем в настоящем. Мы выражаем свой личный опыт и чувства через проявления тела, то есть через речь, движение, жесты и мимику. Так мы общаемся, и это не только реакция на раздражители из окружающей среды, но и влияние наших внутренних мыслей. Телесность человека напрямую связана с личным опытом, происходящим в неповторимый и единственный момент. Это о связи души, тела, жизненного опыта, окружения, обстоятельств и чувств. Человеческая телесность является в субъективном и душевном теле, в моменте времени и пространства [16] ->[12].

Феномен телесности обнаруживает принадлежность к различным уровням бытия субъекта: в качестве схемы тела — к уровню жизнедеятельности; в качестве образов и концептов тела — к телесно-чувственному и разумно-волевому бытию; в качестве телесного Я — к экзистенциально-индивидуальному бытию.

Психология телесности связана с понятием образа тела. Определение термина «образ» является сложным и неоднозначным. С одной стороны, его определяют тем, какую функцию должен выполнять образ. С другой стороны, термин образ можно понимать и как абстрактное явление. Это образы, которые мы создаем в мыслях под влиянием визуального, языкового и жизненного опыта. То есть образы как мысленные образы, формирующие наш собственный «образ мира». От его наполнения мы приписываем переживания вещам и явлениям вокруг нас, образы в уме. Если автор создает

произведение, он передает в него свою «картину мира». При художественном творчестве эти образы через телесность и тело переводятся в реальные зрительно существующие образы.

Итак, образ – это не просто визуальное отражение объектов окружающего мира, это наделенное смыслом представление о том или ином объекте, формируемое в результате личного опыта, культуры. Изучение образа тела не было последовательным, хотя оно может относиться к исследованиям проблем с формой тела или опасениям по поводу внешнего вида.

Интерес к изучению образа тела возник более 100 лет назад. Первые исследования, относящиеся к началу XX столетия, были связаны с неврологическими наблюдениями последствий черепно-мозговых травм, сопровождавшихся искажением восприятия тела, а также феномена «фантомной конечности» у пациентов с ампутациями.

В историческом ракурсе изучение схемы тела на первом этапе происходило в русле медицины. Впервые этот термин был предложен в 1893 году Р. Боньером, под которым он понимал пластичную модель собственного тела, которую каждый строит самостоятельно, исходя из соматических ощущений (по Ю. А. Стребковой). В период 1935-1990 годов происходит перемещение изучения схемы тела из невропатологии в плоскость биопсихологии и рассматривается уже как синонимичное понятие для образа тела. В 1935 году П. Шильдер прировнял схему тела к образу тела: «Образ тела — картина аллегория собственного тела, которую мы создаём в голове, т. е. то, каким образом тело представлено нам». В 1964 году Б.Г.Ананьев писал, что схема тела — это комплексное восприятие человеком своего тела. А в 1988 году А.А.Началджян говорил, что схему тела можно назвать телесным Я-образом личности, она является базисом, на котором развёртывается дальнейшее развитие Я-концепции. Именно на этом этапе произошло вхождение понятия схемы тела в область психологического знания, и здесь же отмечается синонимичное употребление двух терминов: схема тела и

образ тела. Начиная с 1990 года и по нынешнее время происходит рассмотрение схемы тела с точки зрения психологии и её отраслей [1.2] -> [30].

Как уже было сказано, понятие «образ тела» ввел П. Шильдер, определив его как «субъективное переживание человеком своего тела», то есть как психический пространственный образ, который, по его мнению, складывается в межличностном взаимодействии. Это своеобразная система представлений человека о физической стороне собственного Я, о своем теле – телесно-психологическая «карта». При этом образ тела не является пассивным и «застывшим», раз и навсегда заданным. Напротив, он динамичен и субъективен, так как формируется самим человеком в процессе активной деятельности [43, 1] -> [42, 1].

В настоящее время понятие образ тела рассматривается как многокомпонентная структура, в которую входят четыре главных компонента: перцептивный (как человек воспринимает свое тело), аффективный (какие чувства человек испытывает по отношению к своему телу), когнитивный (что человек думает о своем теле, как его оценивает, какие выводы на основе этого делает) и поведенческий (что человек делает в связи с особенностями своего тела) [52] -> [55].

Е. Т. Соколова выделила три главных подхода к исследованию образа тела [48] -> [49]. Первый подход предлагает изучать образ тела как отражение нейронных систем. Определенные структуры головного мозга ответственны за восприятие тела (В.М. Бехтерев [7] -> [6]). В данном подходе образ тела синонимичен со понятием схемы тела (регулировка и контроль положения тела в пространстве, коррекция и контроль движений).

Второй подход определяет образ тела как результат отражения индивидуальной, субъективной картины своего тела. В рамках данного подхода Д. Беннет выделяет понятие «концепция тела», отражающее набор признаков, указываемых человеком, когда он описывает свое собственное тело [1.1] -> [61].

В третьем подходе образ тела является единством восприятия, установок, оценок, представлений, принадлежащих к функциям тела и внешности (В.В. Столин [51] -> [54], И.И. Чеснокова [61] -> [65], И.С. Кон [28] -> [24]) и др. И.С. Кон говорит о взаимосвязи «физического Я» и «социального Я». И.С. Кон говорит о теле не только как о природной, анатомо-физиологической данности, а как о сложном и изменчивом социальном «конструкте», так как тело является гендерно-специфическим, а его восприятие и способы его социальной репрезентации зависят от свойственного данной культуре телесного канона с его запретами, нормами стыдливости и т.д. [28] -> [24].

Представление о своей соматической организации влияет не только на внешнее поведение, но и на отношение к своей внешности и к своей личности в целом [20] -> [15].

Структурированную информацию об образе тела, как подструктуре Я-концепции даёт А.А. Началджян. Телесное Я включает: субъективное восприятие тела, в том числе внешности, и идеальный образ тела (сравнение и идентификация своего тела с телами других и «идеала») [34] -> [33].

Образ телесного Я можно рассматривать и с позиции восприятия внешних форм тела, представленной тремя подходами:

1) тело как носитель личностных и социальных значений, в которых изучается эмоциональное отношение личности к своей внешности;

2) тело как объект, наделенный определенной формой; акцент в исследовании ставится на когнитивном компоненте его восприятия;

3) тело и его функции как носители определенного символического значения [37] -> [36].

К «образу тела» относят:

1.Внешность – это анатомические, функциональные и социальные признаки человека, доступные конкретно- чувственному уровню отражения. В общей совокупности признаков, отличающих мужчину от женщины и наоборот, огромную роль играет фенотип, морфология, то есть

анатомическое строение, физический облик, «внешние признаки пола». А.А.Бодалёв включает во внешность следующие составляющие: физический облик, функциональные признаки, «оформление» внешнего облика [11] -> [9].

2. Физический облик характеризуется типом сложения, половыми, возрастными и расовыми особенностями. Тип сложения человека определяется его конституцией. Также важнейшим элементом физического облика является лицо человека (В.Н. Панферов [38] -> [37], К.Д. Шафранская [62] -> [66]).

3. Функциональные (экспрессивные, выразительные) признаки внешнего облика: мимика, жесты, осанка, голос, интонация, речь, походка, позы, взгляд, улыбка и сощуривание глаз, характер движения рук, губ, бровей (А.А. Бодалёв, А.Г. Спиркин [53], К.Д. Шафранская) [11, 50, 62] -> [53].

4. «Оформление» внешнего облика. Данное понятие используется А.А.Бодалёвым [11], а также В.Н. Куницыной [29] -> [26], Н.В. Казариновой, В.М. Погольша [33] -> [31] в определении понятия «кинесика». К нему относятся: одежда, причёска, украшения и т.д. Например, В.Н. Панферов, говоря о важности во внешнем облике экспрессии, эстетической привлекательности, особенно лица, большую роль придаёт не просто волосам, а особенностям их ношения – причёске, что уже относится не к физическому облику, а к его оформлению [38] -> [37].

С позиции М. З. Воробьева [15] -> [11], Л. П. Киященко [25] -> [21], Е. Т. Соколовой [48] -> [49] «образ тела» представляется как психическое образование, включающее в себя «явления сознания»: традиции, предрассудки, планы, желания, потребности и т. п. Отмечается взаимозависимость культуры тела и культуры мысли; в их единстве, «образующем целостность», доказывается доминанта психического по отношению к соматическому, которая опосредована культурой социума.

Общее понятие «образ тела» возможно рассматривать как часть «Я концепции». Термин «Я концепция» впервые был сформулирован психологом

Уильямом Джеймсом, как двойственная природа личности. Далее в 1950 годах данное понятие получило наибольшее развитие в работах А. Маслоу и К. Роджерса. Также данную тему исследовали: Р. Бернс, Е.Т. Соколова, А.Ш. Тхостов, В.С. Мухина, М. Владимирова, И.С. Кон, А.Ш. Тхостов, А.А. Налчаджян, Черкашина А.Г., И.И. Чеснокова, Черкашин В.И.и др.).

Томпсон и др. включал шестнадцать определений, которые в совокупности указывают на индивидуальный образ тела, например, удовлетворенность весом, удовлетворенность телом и точность восприятия размеров [1.4] -> [19]. Хотя внешний вид и удовлетворенность, как правило, не зависит от пола, тем не менее низкая удовлетворенность внешним видом, чаще встречается среди женщин и в основном касается проблем с фигурой.

S. Fisher определил 9 областей образа тела, которые включают восприятие и оценку индивидом внешнего облика собственного тела, точность восприятия определенных телесных ощущений и размеров своего тела, способность выносить суждения о пространственном положении тела, переживание определенности и защитных свойств границ тела, искажения в телесных ощущениях и переживаниях, связанные с психопатологией или повреждениями головного мозга, реакции на телесные травмы, потерю частей тела, хирургические вмешательства, реакции на различные процедуры, проводимые с целью «усовершенствовать» тело и внешность, установки и чувства индивида, соответствующие сексуальной идентичности своего тела [1.5 или 57] -> [62, 70].

С телесным образом Я плотно работал Мойше Фельденкрайз – основатель системы функциональной реабилитации и телесного сознавания. Свою деятельность на этом поприще он начал во время Второй Мировой войны в Англии, работая в госпиталях, затем переехал в Израиль. В настоящее время его систему причисляют к телесно-ориентированной психотерапии, она популярна по всему миру, особенно в Австрии, Англии, Германии, Израиле, России, США и т.д. В структуре образа тела выделяют бессознательное и сознательное (М.Фельденкрайз [58] -> [63]).

Сознательное представление о своем теле более приближено к реальности. У психически сохранного человека оно в значительной степени совпадает с реальностью. Одна из характеристик патологии – нарушение тестирования реальности, то есть адекватного ее восприятия.

Бессознательный образ тела отображает структуру характера (иногда она также называется «психотипом»). Согласно М.Фельденкрайзу, «Мы живем и действуем в соответствии с образом Я», то есть строим свою жизнь и проявляемся в мире, исходя из представлений о себе.

Образ тела является фундаментом самосознания, собирая в себе самые разные значимые личностные характеристики, и выступает в качестве лакмусовой бумажки психического здоровья человека. Подобно тому, как тело является субстратом для психики, представления человека о своём теле являются фундаментом для психологических представлений о себе. Онтогенетически как базовый конструкт сначала формируется схема тела, т. е. представление о том, как расположено тело в пространстве, о возможности его контролировать, управлять им. Затем она расширяется до образа тела — как тело при этом выглядит, какое оно. [1.3] -> [50].

П. Бернштейн [8] -> […] определила 6 этапов развития образа тела. Эти этапы следующие: наделение тела позитивным аффектом, установление границ между телом и окружающей средой, осознание частей тела и их взаимосвязи, движение тела в пространстве, половая идентификация и процесс старения.

Вложение позитивного аффекта в тело относится к развитию телесного катексиса и отражается в базовой заботе о собственном теле, например: обеспечение пищей и сном. Этот этап начинается в раннем детстве. Младенческое ощущение телесного удовольствия происходит от родительских установок по отношению к телу ребенка, которые ребенок ощущает на физическом уровне. Этот этап параллелен событиям симбиоза, в течение которого ребенок постепенно дифференцирует ощущения

удовольствия и боли. Еще не дифференцировались внутренние и внешние переживания, переживания себя и другого.

Дифференциация собственного тела от окружающего мира связана с развитием границ и чувства телесного пространства. Эти задачи параллельны начальным задачам этапа сепарации – индивидуации, в течение которого ребенок начинает дифференцировать себя от другого.

Осознание частей тела и их взаимосвязь – это третий этап, и это необходимый для дальнейшей способности двигаться по пространству. В это время ребенок осознает, что его части тела работают вместе и действуют определенным образом.

Движение тела по пространству – это четвертая важная для индивидуации ступень. Это достижение обеспечивает младенцу чувство, что он может успешно регулировать свои собственные интеракции. В это время способность ребенка останавливать, а так же начинать собственные действия, помогает достичь и укрепить здоровое чувство контроля и власти.

На пятом этапе элементы собственной половой идентичности включаются в образ тела. Тело становится ценным уже на другом уровне - уровне воспроизведения. Включение элементов половой идентичности в образ тела так же влияет на способность строить интимные отношения с другими.

И, наконец, этап старения, связанный с переживаниями смертности, которые интегрируются в образ тела. Эти переживания включают осознание изменений, происходящих с телом на протяжении естественных процессов старения, а так же установок (например, принятие) на эти процессы. Задачи последних двух этапов, в частности, могут наполнять многие годы чьей-либо жизни, и они могут различными способами влиять на образ тела, в зависимости от чьих-либо обстоятельств жизни [1.7] -> [57].

А.Адлер показал существование тесной связи между образом тела и самооценкой (в частности, некоторые типы человеческого поведения представляют собой попытку компенсации истинной или воображаемой

ущербности тела) [2] -> [2].

Неоспорима роль внешности в формировании самооценки, особенно начиная с подросткового возраста. И.С. Кон утверждал: «образующееся у человека представление о собственной соматической организации, осознание им этического и эстетического действия своей наружности постоянно участвует в организации его поведения по отношению к другим людям, на содержание поступков и на отношение к своей личности в целом» [28, с. 93] -> [24, с. 93].

Тело – «вместилище» «Я», поэтому человек не может находиться вне его, познавая и оценивая себя через него (Е.Т. Соколова, А.Н. Дорожевец [20] -> [15]).

Важным становится измерение образа тела человека.

М.Фельденкрайз предложил исследовать образ тела, а именно – бессознательную его часть, ведь Образ Я не так прост, как кажется. Только незначительная его часть нами осознаётся: сознательные представления о себе. Подобно айсбергу, свою основную часть образ Я прячет в Бессознательном. Это касается всех элементов образа Я: и Я-телесного, и Я-психологичексого, и Я-социального, и Я-духовного.

А значит, у каждого человека есть 2 представления о своем теле: сознательное и бессознательное. Сознательное представление более приближено к реальности. У психически сохранного человека оно в значительной степени совпадает с реальностью. Одна из характеристик патологии – нарушение тестирования реальности, то есть адекватного ее восприятия. Так, анорексия – пограничное состояние, и сознательный образ тела у больного анорексией уже далек от тела реального: обладая очевидной нехваткой веса, она воспринимает свое тело как полное. В случае еще более серьезных расстройств, а тем более бредовых состояний, по поводу своего тела могут возникать любые фантазии.

Бессознательное представление о собственном теле может отличаться от реальности даже у психически сохранного взрослого человека.

М.Фельденкрайз называет среднестатистическое искажение бессознательного образа тела (отличие от тела реального): 20-25%. Последующие исследования подтверждают эту цифру.

Как преимущества работы с образом тела, М.Фельденкрайз называет следующие. Во-первых, тело дано нам объективно, у психотерапевта есть критерий, с которым он может сравнить субъективные представления клиента: константная точка отсчета. Во-вторых, сфера психологическая более табуирована, менее доступна: к своим эмоциональным переживаниям и ранним детским воспоминаниям клиент подпустит не так охотно, как к исследованию образа тела. Чтобы изменить свою жизнь, надо изменить образ действий, а для этого надо изменить образ себя. И начать легче всего с образа своего тела. Пока образ собственного тела искажен, человек не может иметь реалистичное представление о себе в целом, в т.ч. о психологических качествах.

М.Фельнкрайз предложил принцип диагностирования бессознательного образа тела: респондент с закрытыми глазами показывает размеры частей своего тела. На его основании в 2002 г. была составлена методика «Промеры по М.Фельденкрайзу». Методика замеряет 15 параметров ощущаемого тела и реального тела:

1) ширина головы
2)ширина рта
3)Ширина шеи
4)Ширина плеч
5)Ширина гр.клетки
6)Талия
7)Ширина таза
8)Длина стопы
9)Высота ноги
10)Высота головы
11)Длина шеи

12) Длина торса

13) Длина руки

14) Ширина бедра

15) Длина торса до промежности.

Полученные данные переносятся на бумагу в масштабе 10:1, в результате возникает схематическое изображение фигуры человека, являющееся отображением бессознательного образа тела.

Возможен количественный и качественный анализ методики.

При количественном анализе подсчитывается процент искажения по каждому из параметров (маркируется проблемная зона) и среднестатистический показатель (искажение бессознательного образа тела в целом). Конечно, для этого нужны параметры не только образа тела, но и тела реального.

При качественном анализе исследуется полученное визуальное изображение бессознательного образа тела. Количественный анализ сводится к несложным математическим расчетам: имея данные по реальному телу и данные по образу тела, легко подсчитать процент искажения.

Данный метод был применён рядом исследователей: Е.С. Язвинской [63], которая в статье «Экспериментальное исследование телесного образа Я как интегральной составляющей телесности» описывает выявление механизмов нарушений в структуре телесного образа Я, а также взаимовлияния телесного образа Я и других личностных образований и характеристик при помощи точечной оценки ширины тела, бессознательного образа тела по М. Фельденкрайзу. Также Д.А. Комолов [26] -> [22] описывает применение методики телесных промеров по М. Фельденкрайзу в модификации И.А. Соловьевой с целью исследования невербального когнитивного компонента телесной репрезентации у детей с различными группами здоровья.

Таким образом, изучение образа тела личности позволяет сделать следующие выводы: телесный облик влияет на самооценку, поведение человека, играет роль в социальной перцепции и социальной адаптации; с

возрастом осознание своего образа тела и отношение к нему совершенствуются и становятся более адекватными; существуют различные подходы к изучению образа тела с физиологической и психологической позиций.

1.2 Основные психологические подходы к исследованию негативных эмоциональных состояний

Эмоциональные состояния — это комплекс длительных субъективных переживаний, в основе которых находится доминирующая эмоция, обусловленная длительными отрицательно или положительно окрашенными событиями, психологическими характеристиками субъекта и его потребностями. Эмоциональные состояния характеризируют как негативные и позитивные.

Негативные эмоциональные состояния сопровождаются переживаниями, которые неблагоприятно влияют на качество жизни и проявляются в специфике поведения и деятельности ребёнка, особенностях социальных отношений (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн, В.Н. Мясищев, А.М. Прихожан, К.Э. Изард и др.). Их доминирование создаёт ощущение дискомфорта, неблагополучия, сковывает инициативу, определяет вектор личностного развития.

Б.И. Додонов считает, что негативные эмоции имеют более весомую роль в сравнении с позитивными. Отрицательная эмоция, по мнению ученого, является сигналом опасности для организма [21] -> [16].

Солидарен с ним и П.В. Симонов. Согласно П.В. Симонову, роль отрицательных эмоций для человека заключается в том, чтобы переключать поведение человека с недостижимого объекта внимания. Интересен тот момент, что если мотивация, направленная на тот или иной объект, перевешивает негативную эмоциональную реакцию за счет предполагаемого

позитивного прогноза, то это способно развернуть эмоциональное переживание в положительное [46] -> [47].

М. Селигман, создавший теорию выученной беспомощности, также подчеркивает, что функцией отрицательных эмоций является призыв психики применять проверенные и наследственно закрепленные адаптивные автоматизированные действия, которые способствуют выживанию [47] -> [48].

Для анализа негативных эмоциональных состояний нам необходимо дать определение данному феномену, а также рассмотреть его составляющие. В научной литературе также встречается понятие «отрицательные эмоциональные состояния», которые рассматриваются как синонимы с негативными. Несмотря на большую теоретическую базу исследований в области эмоций, до сих пор нет единого определения данному термину и нет единой модели классификации эмоциональных состояний.

С позиций психоанализа аффект – это количественная энергия влечений. Сам по себе он эмоционально никак не окрашен. Он становится эмоцией только в том случае, если он соединяется с тем или иным представлением об эмоции, которую человек испытывает или которую принято испытывать в той или иной ситуации. Представление о том, какие эмоции и в каких ситуациях принято испытывать, формируется в раннем детстве в процессе взаимодействия со значимыми взрослыми и соответственно негативные эмоции формируются в глубоком детстве.

Психоаналитики говорят «аффект злости», «аффект вины», «аффект любви» и так далее, указывая на энергетическую составляющую эмоции и её связь с влечениями.

Аффекты могут осознанно проживаться, а могут не проживаться. Они могут менять свои свойства, качества и интенсивность в зависимости от тех представлений, с которыми они соединяются. Если аффект не соединён с каким-либо представлением, то он ощущается как тревога [58] -> […].

Представители когнитивно- поведенческого подхода, основываются на идее, что мысли и убеждения влияют на эмоциональное состояние человека. Согласно когнитивно-поведенческому подходу, эмоции, мысли и действия человека взаимовлияют друг на друга. Мысли вызывают чувства, те в свою очередь определённые действия. С точки зрения этого подхода, причина негативных переживаний — не в жизненных обстоятельствах, а в их интерпретации человеком, которая часто опирается на ложные убеждения о себе, других людях и мире. Особое место в разработке проблемы взаимодействия когнитивных и аффективных процессов занимают исследования, посвященные стрессу и совладающему поведению (Кокс; Леонова; Folkman et al). В одной из первых психологических концепций стресса - когнитивной теории Р. Лазаруса - показана ведущая роль когнитивно-аффективных механизмов в субъективной оценке ситуации человеком [27, 44] -> [23, 44].

Рассказова Е.И. [44] подчеркивает роль когнитивных процессов в регуляции эмоций, и «обратного» влияния эмоциональных состояний на протекание когнитивных процессов. Автор выделяет 9 основных когнитивных стратегий регуляции эмоций, которые могут быть отнесены к двум разным категориям:

1. способствующие успешной адаптации (или «эффективные» стратегии):

- принятие того, что случилось,
- позитивная перефокусировка,
- фокусирование на планировании,
- позитивная переоценка,
- рассмотрение в перспективе;

2. препятствующие адаптации и усиливающие дезадаптационные эффекты (или «деструктивные стратегии):

- самообвинение,
- руминации/навязчивые мысли о событии,

- катострофизация,
- обвинение других.

Представители гештальт-подхода определяют эмоции как психическое отражение в форме непосредственного пристрастного переживания отношения явлений и ситуаций к потребностям. Это простое, непосредственное переживание в данный момент, связанное с удовлетворением или неудовлетворением потребностей. Эмоции связаны с первоначальными впечатлениями. Первое впечатление от чего-либо носит чисто эмоциональный характер, является непосредственной реакцией (страх, гнев, радость) на какие-то внешние его особенности. В эмоции нет понятия сознания, есть попытка двигаться.

Основная функция эмоций – это обозначение неудовлетворенной потребности. С позиции гештальт-терапевта, насколько приятно/неприятно переживать эмоцию является следствием отношения человека к данной эмоции, исходя из семейного сценария и опыта. Соответственно, деление эмоций на полезные и вредные — это следствие рационализации, подавления или стимулирования переживания. С точки зрения физиологии, любая эмоция - это просто возбуждение нервных клеток.

Есть несколько базовых эмоций, с которыми можно работать в психотерапии: вина, стыд, радость, страх, тревога, грусть и злость в различных ее проявлениях [41] -> [40].

Телесно-ориентированный подход описывает влияние эмоций на тело. Наиболее известными видами телесно-ориентированной психотерапии являются характерологический анализ Райха, биоэнергетический анализ Лоуэна, концепция телесного осознавания Фельденкрайза, метод интеграции движений Александера, метод чувственного сознавания (Селвер и Брукс), структурная интеграция (Рольф). Представитель данного подхода Райх описывал, что хронические мышечные зажимы блокируют три основных эмоциональных состояния: тревожность, гнев и сексуальное возбуждение.

"Мышечный панцирь" не дает человеку возможности переживать сильные эмоции, ограничивая и искажая выражение чувств [1.8] -> [3].

По Лоуэну, причиной неврозов, депрессии и психосоматических расстройств является подавление чувств, которое сопровождается хроническими мышечными напряжениями, блокирующими свободное течение энергии в организме человека и приводящее к изменению личностного функционирования [31] -> [28].

Более широкое представление об отрицательных эмоциональных состояниях дает К.Е. Изард. В своей классификации он приводит следующие отрицательные переживания: страдание, гнев, отвращение, презрение, стыд, дистресс, чувство вины [23] -> [18].

В качестве наиболее частых негативных эмоциональных состояний, характерных для большинства людей, исследователи выделяют тревожность и постоянные страхи разной степени интенсивности (А.И. Захаров, К.Э. Изард, Л.М. Костина, А.О. Прохоров, О.В. Хухлаева и др.) [22, 23, 1.9, …] -> [17, 18, 25…].

Ряд исследователей, раскрывая понятие «тревожность», исходят из того, как проблема тревожности была впервые сформулирована и подверглась специальному рассмотрению в трудах 3. Фрейда. В 1926 г. он издал монографию «Торможение, симптомы, тревога», в которой он впервые выделил состояние тревоги и озабоченности. Ученый охарактеризовал данное состояние как эмоциональное; такое, которые включает в себя переживание ожидания и неопределенности, ощущение беспомощности [46].

Позже исследования тревожности представлены в работах как отечественных, так и зарубежных ученых: А. Бек [9] -> [7], А. Прихожан [42] -> [41], А.И. Захаров [22] -> [17] и др.

В психолого-педагогических исследованиях понятие «тревожность» имеет многочисленные трактовки. Так, А. Адлер рассматривает тревожность как черту характера, которая сопровождает индивида от раннего детства до старости. Исследователь отмечал, что тревожность в значительной мере

портит ему жизнь, не позволяет контактировать с другими людьми и разбивает его надежду прожить свою жизнь в мире и подарить миру плоды своего труда. Страх может коснуться любой сферы человеческой деятельности [2] -> [2].

Бек А. выделяет в тревоге два компонента: когнитивный и соматический, на основании которых им была разработана шкала тревоги.

По мнению К. Изарда тревожность – это не некий самостоятельный феномен, а комбинация состояния страха с одной или несколькими другими эмоциями: гневом, виной, стыдом, интересом [23] -> [18].

Г. Габдреева определяет тревожность как личностное свойство, которое является значимым риск-фактором, приводящим к нервно-психическим заболеваниям у студентов. Кроме того, в своем исследовании автор показывает, что высокая тревожность, повышенная чувствительность к стрессу уменьшает интеллектуальную деятельность в психически напряженных ситуациях, особенно во время экзаменов; снижает уровень умственной работоспособности; вызывает неуверенность в собственных силах; является одной из причин низкого социального статуса личности [18] -> [14].

Значительный вклад в разработку проблемы тревожности в психологии сделан А.М. Прихожан [42] -> [41]. По ее мнению, тревожность – это устойчивое личностное образование, проявляющееся в склонности переживать субъективно нейтральные ситуации, как содержащие угрозу самооценке, представлению о себе, личностным интересам и ценностям. Часто тревожность рассматривается как негативно окрашенная, самостоятельная эмоция, направленная в будущее (в противоположность таким эмоциям, как вина, сочувствие). Исследовательница пишет, что в субъективном переживании тревожность представлена как напряжение, озабоченность, нервозность, чувство неопределенности, упадок сил, невозможность принять решение, незащищенность, одиночество, страх перед будущей неудачей и тому подобное.

Как описывает В.В. Пантелеева, изучением проблемы депрессий занимались в разные периоды времени многие ученые, исследователи, авторы, как зарубежные, так и отечественные, такие например, как А. Бек, Э. Дюркгейм, А.В. Курпатов, Д.В. Ковпак, Ю.В. Ковалев [39] -> [38].

Депрессия (А. И. Захаров) – это аффективное состояние, характеризующееся отрицательным эмоциональным фоном, изменениями мотивационной сферы, когнитивных представлений и общей пассивностью поведения [22] -> [17].

Депрессивное состояние включает в себя две составляющие, согласно В.В. Парамоновой:

1) субъективное переживание отрицательного аффекта;

2) симптомы его выражения в поведении, мимике, жестах, определенных сдвигах во внутренней среде организма.

При депрессии как заболевании учитывается и третий компонент – это патогенетические механизмы, которые лежат в основе заболевания, одно из проявлений которых – эмоциональные нарушения [40] -> [39].

Перечислим некоторые из наиболее распространенных симптомов:

- грусть, безразличие, низкая мотивация или ее отсутствие, усталость;
- нарушение сна;
- нарушение аппетита;
- апатия, потеря вкуса к жизни;
- повышенная чувствительность к критике или пренебрежению;
- обостренное чувство обиды;
- низкая самооценка, неуверенность в себе, чувство неадекватности;
- раздражительность, чувство разочарования и безысходности;
- чувство безнадежности и/или беспомощности;
- мысли о смерти или самоубийстве, попытки самоубийства [35] -> [34].

Есть и другие проявления этого сложного заболевания. У многих людей наблюдается комбинация симптомов.

Психологические симптомы депрессии

Грусть и отчаяние. Часто эти симптомы наиболее заметны и болезненны. Кроме того, человек может испытывать чувство пустоты, разочарования, уныния, физическое ощущение тяжести (особенно под ложечкой).

Низкая самооценка. Вдруг появляется чувство, что ты ни на что не годишься, одолевает ощущение неадекватности. Начинаешь ненавидеть себя. "Я не могу сделать это, я ни на что не способен", "Я всегда делаю все неправильно" — вот примеры высказываний людей с низкой самооценкой. Часто они искренне полагают, что были неудачниками в школе, им кажется, что они неизменно терпят фиаско в отношениях с людьми, в спорте и на работе. Эти люди оценивают окружающих выше, чем себя, излишне полагаются на чужое мнение и авторитет посторонних.

Апатия. Отсутствие мотивации что-то делать, нежелание общаться с людьми, низкий уровень активности и/или бездеятельность. Этот симптом может сам по себе привести к более серьезным проблемам, таким как депрессивный "замкнутый крут". Например, пребывая в апатии, человек можете решить: "Пропади все пропадом, не хочу выходить из дома, не хочу никого видеть". Однако замкнутость, отсутствие развлечений обедняют нашу жизнь. Некоторые исследователи считают, что жизнь без удовольствий является основной причиной депрессии. Кроме того, чрезмерная пассивность сама по себе способна вызвать физическое недомогание (скажем, усталость, запоры), а это дополнительный дискомфорт.

Межличностные проблемы. Находясь в депрессии, люди бывают особенно чувствительны к критике, при этом отсутствует желание общаться с кем бы то ни было. Находясь среди других людей, они чувствуют себя неуютно; иногда при этом усиливается чувство одиночества. Страдающие депрессией не уверены в себе, им трудно выступить в свою защиту, высказать собственное мнение, выразить свои чувства или мысли, попросить о помощи, поддержке, при необходимости твердо сказать "нет". Правда, такие

проблемы не всегда имеют отношение к депрессии, однако, если болезнь налицо, упомянутые проявления усиливаются. Бывает, что большую часть времени человек сравнительно легко общается с окружающими. Все меняется при возникновении болезни. «Один страдающий депрессией пациент сказал: "Обычно, общаясь с посторонними, я спокоен. Но с недавнего времени я потерял уверенность в себе. Меня беспокоит, как я выгляжу в глазах собеседника; мне трудно быть откровенным. Возникает ощущение, будто со мной что-то не в порядке» [9, с. 156] -> [7, с. 156].

Ощущение вины. Если вы чувствуете сожаление или раскаяние, сделав ошибку или неумышленно обидев кого-то, это нормально. Однако чувство вины может быть чрезмерно обострено, и Вы уже убеждены: "Я плохой человек". Это убеждение превращает естественное раскаяние в болезненную и разрушительную для психики эмоцию.

Негативные мысли. Термин "когнитивные искажения" используется психологами для описания тенденции негативно-пессимистического мышления. Когниции - это мысли и восприятия. Искажения и ошибки в мышлении и восприятии - часто встречающиеся признаки депрессии. Человек в состоянии депрессии все воспринимает чрезвычайно пессимистически. Его мысли сконцентрированы на негативном. Такие искажения - не только симптом, но и мощный фактор усиления и хронификации депрессии.

Мысли о самоубийстве. Мысли о суициде очень часто возникают при депрессии. Хотя большинство людей, думающих о самоубийстве, в реальности воздерживаются от рокового шага, к таким мыслям всегда нужно относиться серьезно. Чаще всего мысли о самоубийстве приходят в голову пациентам, у которых представление о собственном будущем окрашено в мрачные краски. Такими людьми владеет чувство безнадежности. В самоубийстве видится избавление от страданий. Инстинкт самосохранения все же превалирует у большинства больных. Любовь близких, вера в бога, страх перед возмездием в ином мире, другие обстоятельства - слишком

многое связывает человека с жизнью, чтобы решиться свести с нею счеты.

Таким образом, негативные эмоциональные переживания — это субъективные дискомфортные переживания, возникающие в результате разрыва между желаемым и действительным, характеризующиеся невозможностью преодоления этого разрыва. Переживание негативных эмоциональных состояний обусловлено включением вынужденных адаптивных механизмов.

3. Исследование связи образа тела с негативными эмоциями

В настоящий момент человечество переживает время сверхскоростных перемен, непредсказуемости и неустойчивости, а также разных видов потрясений — от локальных, затрагивающих отдельные регионы, до всеобщих, вовлекающих много стран, как, например, пандемия. Всё это сказывается как на психике, так и на теле. И сейчас как никогда актуально изучение не только тревожных и депрессивных состояний как таковых, но и того, как они связаны с телесным образом Я, для возможности дальнейшей работы с ними.

Вместе с тем, в науке телесному образу Я уделяется не так много внимания. Надо заметить, что образ тела имеет 2 представления в человеческой психике: сознательное, которое у психически сохранного человека в большой степени совпадает с реальностью, и бессознательное, отображающее структуру характера, его психологический тип. И человек проживает свою жизнь, исходя из образа своего Я, из представлений о себе.

Однако, проводимые современные научные исследования изучают больше сознательный образ Я, не уделяя должного внимания бессознательному. Проведя обзор таких исследований в системе Google Академия, не было найдено ни одного, в котором бы изучалась взаимосвязь негативных аффективных состояний с неосознаваемым телесным образом Я.

Среди современных исследований связи образа тела с негативными аффективными состояниями можно выделить:

1) Клинические исследования.

2) исследования с помощью лабораторных средств (VR-пространств).

3) исследования условной группы нормы.

Первая группа исследований посвящена клиническому изучению образа тела. В рамках клинических исследований рассматриваются нарушения образа тела, такие как расстройства пищевого поведения, трансгендерность, дисморфофобии. Говоря об образе тела, можно выделить два типа отношения к нему: принятие и непринятие.

При разработке диагностического инструмента для оценки позитивного образа тела было проведено исследование, в ходе которого был проведён качественный анализ высказываний, и к основным факторам обретения позитивного телесного образа были отнесены такие характеристики:

1) Признательность (appreciation), благодарность телу за его здоровье, за те функции, которые оно выполняет, это также благодарность за обретение позитивного образа тела.

2) Безоговорочное принятие со стороны окружающих (семья, друзья, партнеры), по мнению студенток, играет одну из ведущих ролей в формировании позитивного образа тела.

3) Принятие своего тела и любовь к нему. Студентки подчеркивали необходимость принимать свое тело таким, как оно есть, и описывали ощущение комфорта в своем теле и чувство любви к телу.

4) Духовность / Религия. Двенадцать студенток рассказали о том, как их религия и / или духовность помогли им сформировать и сохранить позитивный образ тела. Они считали, что их тела сформировались, благодаря некой высшей силе, поэтому им необходимо принимать и любить себя такими, как они есть.

5) Поиск других людей, которые тоже принимают себя такими как есть. Все участники старались контактировать в своем окружении с людьми,

имеющими позитивный образ тела

6) Забота о теле с помощью здорового образа жизни. Все студентки указывали, что они учитывают потребности своего тела, основываясь на соображениях здорового образа жизни, а не ради привлекательной внешности. Они практиковали умеренные занятия фитнесом, старались питаться полноценно, не переедали, использовали адаптивные способы борьбы со стрессом. Большинство из них не пренебрегали медицинской помощью для поддержания здоровья, а также иногда «баловали» свое тело с помощью массажа и других приятных способов ухода за телом.

7) Фильтрация информации с целью защиты тела. Все студентки отдавали себе отчет, что западная культура транслирует идеализированные образы женщин, заставляет их быть худыми, рассматривать себя в качестве объекта, а не субъекта. Их осведомленность позволяла им использовать своеобразный фильтр, препятствующий негативным влияниям на их образ тела.

8) Внутренняя позитивность. Студентки сообщали о внутреннем ощущении комфорта, счастья, позитивного настроя.

9) Широкое понимание красоты. Для всех студенток было характерно широкое понимание красоты, не связанное только с привлекательной внешностью [2.1] -> [32].

Рассмотрим неудовлетворённость собственным телом.

Неудовлетворенность телом - это конструкт, связанный с неудовлетворенностью человека определенными аспектами его или ее тела, и это может проявляться в различных степенях.

Неудовлетворенность телом охватывается образом тела - многомерным конструктом, который содержит восприятие и отношение человека к своему телу. Неудовлетворенность телом может быть чертой (оно стабильно и применимо в любой ситуации) или состоянием (оно может колебаться в зависимости от контекста или настроения).

Несоответствие между актуальным и идеальным «я» может привести к

разочарованию, неудовлетворенности или другим негативным последствиям, что подвергает людей риску других серьезных состояний, таких как депрессия. Такие несоответствия в образе тела связаны как с неадекватным питанием, так и с привычками к физиче ским упражнениям. Неудовлетворенность своим телом увеличивается по мере увеличения индекса массы тела, восприятием того, как другие люди видят свое тело.

На неудовлетворенность своим телом может влиять негативное настроение, а также поощрение контролировать свой вес, ориентируясь на внешний вид. Низкая самооценка и высокий индекс массы тела также являются важными факторами риска неудовлетворенности телом. Негативный образ тела, который может включать неудовлетворенность своим телом, стремление к худобе и низкую самооценку, может быть предиктором для симптомов, связанных с расстройствами пищевого поведения.

Нарушение образа тела, которое включает в себя неудовлетворенность телом, а также возникающий дистресс, часто связан с желанием быть совершенным. Но важно отметить, что эта связь на самом деле может означать, что люди с этим нарушением обладают сильным желанием казаться для других совершенными. Таким образом, в данном случае дистресс, вызванный образом тела, зависит не только от того, что индивидуум о себе думает, но и от того, как человек чувствует, что он или она сталкивается с другими.

В своём исследовании «Образ тела как посредник несуицидального членовредительства у подростков» Muehlenkamp J. и Brausch A. выявили, что образ тела может представлять необходимый, но недостаточный фактор риска развития подростками несуицидальных членовредительств и что при соответствующем лечении следует учитывать патологию, связанную с телом, в дополнение к регуляции эмоций [71] -> [73].

В проведённом исследовании Davison T. E. и McCabe M. P. показали, что нарушение образа тела было связано с проблемным социальным и сексуальным функционированием у мужчин среднего возраста и с

симптомами депрессии и тревоги в зрелом возрасте как у мужчин, так и у женщин. Мужчины среднего возраста, у которых наблюдалось нарушение образа тела, типичное для женщин, с большей вероятностью имели нарушения межличностного функционирования. Эти результаты демонстрируют, что социальные аспекты образа тела важны для понимания психологического функционирования в дальнейшей жизни [67] -> [69].

Одна из причин неудовлетворенности телом, согласно теории социального сравнения, заключается в том, что люди сравнивают друг с другом, когда нет объективных сравнений. Сравнение себя с другими становится нормативным аспектом общества. Когда женщина сравнивает себя с внешностью другого человека, она обычно сравнивает себя с кем-то, кто, по ее мнению, в чем-то лучше. Тем не менее, делая такого рода сравнения, связанные с изображением тела, женщины обычно приходят к неудовлетворенности своим телом.

Кроме того, теория объективации предполагает, что социокультурные нормы, касающиеся внешности, влияют на взгляды людей на собственное тело и что эти оценки, в свою очередь, влияют на самооценку. Эти нормы, диктующие столь важные оценки, можно найти повсюду в культуре, от друзей и семьи, в средствах массовой информации.

Кроме того, такие нормы актуальны больше для женщин, чем для мужчин. Считается, что у женщин более отрицательный образ тела, чем у мужчин. В результате неудовлетворенность телом среди женщин была названа «нормативным недовольством». Тем не менее, благодаря использованию гендерно-чувствительных инструментов, которые концептуализируют проблемы, связанные с изображением тела, с точки зрения желания нарастить мышцы, а также похудеть, предыдущие убеждения, что мужчины в значительной степени устойчивы к опасениям по поводу своей внешности, были поставлены под сомнение, и есть в настоящее время имеется немало свидетельств того, что молодые люди также недовольны своим телом [66].

При проведении исследования, в котором изучали с ь неудовлетворенность своим телом, самооценка и удовлетворенность отношениями, было обнаружено, что в целом женщины были более неудовлетворены своим телом и имеют более низкую самооценку, чем у мужчин. Было также обнаружено, что женщины переоценивают размеры своего тела, в то время как мужчины недооценивают свои.

Считается, что более низкая (по сравнению с мужчинами) удовлетворенность женщин своим телом является следствием их большей подверженности социокультурным влияниям, связанным с идеализаций внешнего облика и с особенностями их стратегий сравнения и оценки внешности (женщины, оценивая свою внешность, более самокритичны и склонны сравнивать свое лицо и форму тела с другими женщинами, у которых, по их мнению, эти параметры лучше, чем у них самих, тогда как мужчины при сравнении собственной внешности склонны обнадеживать себя и чаще демонстрируют убеждение в своей способности достичь физического совершенства) и большей чувствительности к несоответствию реального и идеального образов тела [2.2] -> [43].

В клинических исследованиях наиболее часто встречаются такие проявления образа тела как: расстройства пищевого поведения, трансгендерность, дисморфофобии.

Расстройства приема пищи (нарушение пищевого поведения) - психогенно обусловленный поведенческий синдром, связанный с нарушениями в приёме пищи. Выделяют такие виды расстройств приема пищи, как нервная анорексия, нервная булимия, переедание, рвота и другие. Основные признаки расстройств приема пищи – это чрезмерные опасения увеличения веса, значительные усилия по контролю за весом (строгая диета, вызывание рвоты, прием слабительных, избыточные физические упражнения), отрицание субъективной значимости проблемы веса и приема пищи [49]. Высокий уровень неудовлетворенности своим телом и проблемы с весом распространены во взрослом возрасте. Неудовлетворенность своим

телом, расстройства пищевого поведения и экстремальные методы контроля веса являются сильными факторами риска развития расстройств пищевого поведения.

Нервная анорексия — расстройство приёма пищи, характеризующееся значительно сниженным весом тела, преднамеренно вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом, в целях похудения или для профилактики набора лишнего веса. При анорексии наблюдается патологическое желание потери веса, сопровождающееся сильным страхом ожирения. У больных нервной анорексией чаще всего наблюдается искажённое восприятие своей физической формы, а также присутствует беспокойство об увеличении веса, даже если такового в действительности не происходит. Кроме того, у больных нервной анорексией восприятие образа тела в значительной степени связано с симптомами депрессии и тревоги на всех этапах лечения. По мере лечения стойкое нарушение образа тела у таких пациентов при увеличении индекса массы тела может представлять собой важный фактор, способствующий течению наиболее распространённых аффективных сопутствующих заболеваний — депрессии и тревоги [2.3] -> [71].

Нервная булимия – расстройство приёма пищи, для которого характерны повторные приступы переедания и чрезмерная озабоченность контролированием массы тела. Это приводит человека к принятию крайних мер, призванных уменьшить влияние съеденного на массу тела.

По мнению Rost Geteilte Erstautorenschaft S, Sarrar Geteilte Erstautorenschaft L и др., нарушение образа тела — это одна из основных черт расстройств пищевого поведения и вследствие негативных эмоций [49] -> [52].

Также можно описать ряд клинических исследований. Д.А. Бескова отмечает, что у пациентов с тревожно-фобическими расстройствами повышены показатели проницаемости границ телесности, что коррелирует с более выраженным переживанием стресса, чем у лиц с отчетливыми

границами [10] -> [8]. Депрессивным пациентам больше, чем тревожным пациентам, свойственен дефицит ясной представленности границ образа «Я» и, соответственно, чувства общей адаптивности, безопасности, защищенности «Я» от вторжений внешней среды [40] -> [39]. Люди, страдающие ожирением, имеют слабые, неотчетливые границы образа тела и воспринимают свою жировую ткань как защитный слой, усиливающий недостаточно отчетливые границы [10] -> [8]. Негативные эмоции опосредуют взаимосвязь между собственным телесным образом и нарушениями пищевого поведения у женщин [64] -> [67]. «Искажения» образа телесного «Я» (преуменьшение или преувеличение ширины значимых частей тела) при нервной анорексии и эндогенном ожирении являются результатом действия механизма «когнитивного подтверждения аффективного отношения», а именно: лица с низким уровнем удовлетворенности телом и низкой самооценкой своих телесных качеств склонны к переоценке размеров тела, а лица с высокой удовлетворенностью своим телесным обликом и высокой самооценкой — к недооценке размеров тела [20] -> [15].

Дисморфофобия - это психическое заболевание, характеризующееся навязчивым беспокойством по поводу особенностей своего тела. Тревожить человека могут как действительно имеющиеся изъяны во внешности, так и мнимые. Подобное расстройство присуще подросткам, хотя встречается и у взрослых людей.

В исследовании Liao Y. показаны результаты исследования распространенности неудовлетворенности образом тела, дисморфного расстройства тела, социальной тревоги и депрессивных симптомов у студентов-первокурсников в Китае. Автором был использован дизайн опроса для самоотчета с использованием вопросника формы тела, вопросника отношения к мускулатуре Суонси, шкалы тревоги социального взаимодействия, вопросника дисморфической озабоченности, шкалы

депрессии самооценки и вопросника дисморфических расстройств тела [68] -> [72].

Трансгендерность как область изучения клинической психологии, представляет собой несовпадение гендерной идентичности человека с приписанным ему при рождении полом (МКБ -10).

Современные не многочисленные исследования (Я. Кирей-Ситникова[24] -> [20], М.В. Лушина[32] -> [29], Р.В. Романова [45] -> [45]) показали, что взаимосвязь степени удовлетворенности телом трансгендерных мужчин с их представлениями о степени «маскулинности» и «фемининности», по мнению значимого социального окружения и их собственного мнению о себе, не установлена. Степень удовлетворенности трансгендерных мужчин своим телом имеет слабую корреляцию с уровнем сходства их зеркального «Я», базирующегося на родительской оценке по отношению к ним, и их представлениями о «типично мужских» и «типично женских» личностных характеристик. Таким образом, существует взаимосвязь между степенью удовлетворенности телом у трансгендерных мужчин и их представлениями о том, насколько «маскулинными» или «фемининными» видят их родители. Чем более «фемининными» их, по их мнению, видят родители, тем большее количество совершенных этапов «перехода» им требуется для достижения субъективного психологического комфорта.

Р.В. Романов [45] описывает, что восприятие своего тела, изменяющегося по мере взросления, для многих трансгендеров является проблемой. Неприязнь к собственному телу нередко предполагает неудовлетворенность выполняемой в социуме ролью, что отягощает клинически выраженный дистресс. Для трансгендерных мужчин традиционная роль мужчины более выгодна, чем традиционная роль женщины для трансгендерных женщин: приемлемость «мужского» и неприемлемость «женского» обуславливают различия в образе тела.

Другие направления исследования образа тела и негативных эмоций — это направления, осуществляемые с помощью лабораторных средств (VR-пространств).

Исследования с помощью лабораторных средств (VR-пространств) описаны у А.В. Варламова, Н.В. Яковлевой [14] -> [10]. Они показали, что свободное перемещение в VR-среде приводит к возникновению искажений в восприятии размеров собственного тела испытуемыми, тенденциям преувеличения размеров тела непосредственно после погружений. Данный результат свидетельствует о наличии эффекта увеличения восприятия размеров собственного тела вне зависимости от количества погружений.

При этом через некоторое время после последнего погружения искажения в восприятии размеров собственного тела не сохраняются. И уже спустя день после последнего погружения подобные искажения частично нивелируются в сторону приближения восприятия наименее активных при погружении зон к их реальным размерам. То есть повышение уровня осознанности собственного тела после погружения в VR среду в облике антропоморфного аватара оказывает позитивный эффект на формирование собственной телесности.

Проанализируем исследования взаимосвязи образа тела и негативных эмоций, проведенных на условной группе нормы.

В современное время понятия о красоте становятся более разнообразными, и единого телесного эталона не существует, наоборот, последние годы в моду активно внедряются новые тела, которые раньше оставались сугубо маргинальными — пожилые, полные, инвалиды, трансгендерные модели. Мода, особенно авангардная, неразрывно связана с толерантностью, с готовностью воспринять неожиданное, странное. Это, в сущности, подразумевает настрой на открытость, внутреннюю свободу, возможность взглянуть по-иному на привычные стереотипы.

Проведя мета-анализ на тему «Социальное сравнение как предиктор неудовлетворенности телом: метааналитический обзор», Myers T. A. и Crowther J. H. исследовали взаимосвязь между социальным сравнением и неудовлетворенностью телом. Социальное сравнение было связано с более высоким уровнем неудовлетворенности своим телом. Эффект социального сравнения и неудовлетворенности телом был сильнее у женщин, чем у мужчин, и обратно зависел от возраста. Этот эффект был сильнее, когда социальное сравнение измерялось непосредственно, а не выводилось на основе умозаключений. Не было выявлено различий в отношении наличия психопатологии пищевого поведения, дизайна исследования или объекта сравнения. Результаты подтверждают теорию и исследования, предполагающие, что неблагоприятное сравнение себя с другими на основе внешности может привести к неудовлетворенности собственной внешностью [74].

Как описывает С.С. Татаурова [54] -> [58], значимость внешней привлекательности для юношей и мужчин в последнее время также становится все более очевидной. Социокультурные требования, предъявляемые к внешности, заставляют мужскую часть населения большинства западных стран испытывать почти такое же давление со стороны окружения, которое является привычным для женщин. Жесткая конкуренция и желание добиться успеха создают образ супермена, соответствовать которому значит достичь финансовой независимости и определенного положения в обществе [53] -> [56]. По результатам опроса, проведенного Поуп и коллегами, мужчины так же, как и женщины готовы идти на ощутимые жертвы для достижения желаемой формы. Однако, в отличие от женщин, для которых стремление к более стройной фигуре является доминирующим, мужчины обеспокоены не столько собственным весом, сколько необходимостью иметь накачанное, мускулистое, стройное тело [54] -> [58].

Данный факт обусловлен трансляцией «модных» образов тела ТВ, Интернет, СМИ. Сегодня идеал тела, стереотип внешней привлекательности и телесного здоровья являются неотъемлемой частью содержания информационного потока СМИ. СМИ навязывают свои критерии красивого внешнего облика человека, настаивая на том, что успешность в той или иной с фере жизненных интере сов напрямую зависит от внешней привлекательности

И.Н. Тихонова [56] -> [60] в своем исследовании показала, что социальные эталоны внешней привлекательности, транслируемые СМИ, оказывают влияние на субъективное отношение к образу физического Я у современных девушек. А субъективное отношение к образу физического Я девушек воздействует на структуру самоотношения; положительная оценка собственного образа физического Я в сознании человека может существенно повлиять на позитивность его Я-концепции в целом, отрицательная оценка может повлечь за собой снижение общей самооценки. Помимо популяризации утрированного образа идеального внешнего облика человека, СМИ сразу же предлагают различные адаптационно-компенсаторные способы преобразования внешности для приближения к заданному идеалу. Это и соблюдение различных диет и различных телесных практик, корректирующих тело, наращивание волос, ресниц, пластическая хирургия и т.д.

Авторы Батурина Н.В. и Зацепина О. А. [4] -> [4] показали влияние социальных сетей вообще и, в частности, Instagram на образ тела и эмоции личности: однократное и непродолжительное экспериментальное влияние позволило изменить отношение к собственному телу у пользователей данного ресурса. Ими в ходе эксперимента удалось установить значимые и тесные взаимосвязи отдельных параметров самооценки и показателей «внешность» и

«ориентация на внешность». Результаты сравнительного и однофакторного дисперсионного анализа также подтвердили значимый вклад в оценку

собственного внешнего вида такого показателя, как ориентация на внешность.

Ratnasari S. E., Pratiwi I., Wildannisa H. выявили, что существует отрицательная взаимосвязь между образом тела и социальной тревожностью у девочек-подростков, а образ тела вносит вклад в возникновение социальной тревожности [73] -> [75].

Результаты исследования Cash T. F., Theriault J. и Annis N. M. «Образ тела в межличностном контексте. Привязанность взрослых, страх близости и социальная тревожность» показали значительную связь оценки образа тела, аффекта социально-оценочной тревоги у обоих полов с тревогой романтической близости у женщин. У обоих полов большая дисфункция образа тела была связана с менее надежной привязанностью (как общей привязанностью ко взрослым, так и более тревожной романтической привязанностью) [66] -> [68].

Таким образом, нарушения образа тела определяются как перцептивные, когнитивные искажения, а также как проблемы с двигательной, телесной сферой. В образе тела психическое и физическое неразделимо связаны. Поэтому негативные эмоции оказывают существенное влияние на восприятие тела, равно как и обратно.

Выводы по теоретическому исследованию

1. Образ тела и телесность являются важными объектами исследования в современной психологии, в связи с тем, что до сих пор нет целостного подхода к их изучению и пониманию. В исследованиях образа тела прослеживается взаимосвязь и взаимовлияние аффективных и когнитивных процессов, их роль в становлении личности.

Образ тела рассматривается как представление о своем физическом облике, как отражение индивидом восприятия себя.

2. Эмоции - язык подсознания, который важно понимать и конструктивно использовать. Любая негативная эмоция несет свой смысл и несет отзвук в мыслях и в теле. Будучи важным ресурсом для адекватного взаимодействия с самим собой и миром, эмоции, в случае недостаточности их осознания, напротив, приводят к конфликтному взаимодействию и ошибочным решениям. Наиболее распространенными негативными эмоциями выступают тревога и депрессия.

Согласно когнитивно-поведенческому подходу, гештальт-подходу, телесно-ориентированному подходу, эмоции напрямую связаны с мыслями и телесными реакциями. Поэтому оказывают влияние на формирование образа телесного Я.

Исходя из связи эмоций с мышлением, поведением и здоровьем, важно научиться отслеживать эту неразрывную связь как можно чаще в настоящий момент. Через раскрытие скрытых выгод отрицательных переживаний освобождается путь к самопониманию, самоисцелению и личностной зрелости.

3. Нарушение образа собственного тела представляет собой состояние, при котором человек определяет себя худшим, чем есть на самом деле. В

последние десятилетия эта ситуация стала существовать уже как проблема, причем довольно-таки масштабная. В клинических исследованиях отмечается взаимосвязь негативных эмоций и формирования негативного отношения к собственному телу, как проявление дисморфического образа тела. Негативная оценка внешности при определенных условиях может явиться причиной снижения самооценки человека, потери ощущения собственной уникальности и значимости социальных контактов, нарушения образа собственного тела.

ГЛАВА 2. ОПЫТНО-ПОИСКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВЗАИМОСВЯЗИ НЕОСОЗНАВАЕМОГО ОБРАЗА ТЕЛА С НЕГАТИВНЫМИ АФФЕКТИВНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

2.1 Описание выборки и этапы исследования

Целью исследовательской части работы ставилось исследование особенностей взаимосвязи неосознаваемого образа тела с негативными аффективными состояниями.

Исходя из поставленной цели, была выстроена процедура исследования. Исследовательская часть работы включала три этапа:

На первом этапе сформирована выборка. Набор группы проводился в 2022 - 2023 годах среди жителей Москвы и Подмосковья, для чего респондентам предлагалось пройти методику оценки неосознаваемого образа тела по Фельденкрайзу при личном физическом участии и анкету-опросник, а также опросники Бека на тревогу и депрессию в Гугл-формах.

На этом этапе выявлены такие диагностические параметры:

- негативные аффективные состояния: разные уровни оценки тревоги и депрессии

- восприятие своего тела как его неосознаваемый образ.

Исходя из выделенных параметров, был определен диагностический пакет исследования.

На втором этапе проведено психологическое исследование при помощи подобранного диагностического пакета.

На третьем этапе была проведена количественная оценка и сравнение по диагностическим параметрам респондентов по половому признаку. При помощи математической статистики определялась значимость различий между группами по результатам диагностики. Тем самым, выявлялись различия в негативных аффективных состояниях, восприятии своего неосознаваемого образа тела у мужчин и женщин.

Также выявлялись взаимосвязи между негативными аффективными состояниями и неосознаваемым образом тела как в выборке в целом, так и отдельно по выборкам мужчин и женщин. Взаимосвязи в каждой группе проявляли особенности изучаемых параметров и тем самым отражали особенности испытуемых.

Эти три этапа соответствовали задачам нашего исследования.

В исследовании приняли участие 55 человек, из них 31 женщина, 23 мужчины. Средний возраст выборки 35 лет, при этом в женской группе средний возраст 34,9 лет, а в мужской 35,6 лет. На рисунках 1 – 3 представлены социально психологические характеристики выборки.

Из данных рисунка 1 видим, что выборка суммирована представителями разного возраста — от 17 до 57 лет. Семейное положение большинства представителей выборки – официальный брак. У многих респондентов есть дети.

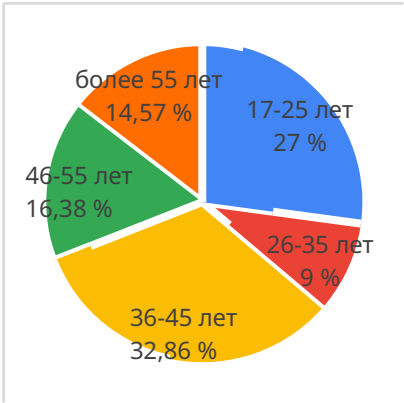

Рисунок 1. Распределение выборки по возрасту

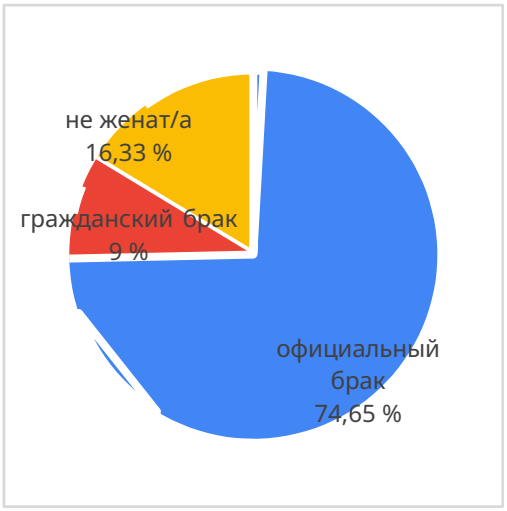

Рисунок 2. Распределение выборки по семейному положению

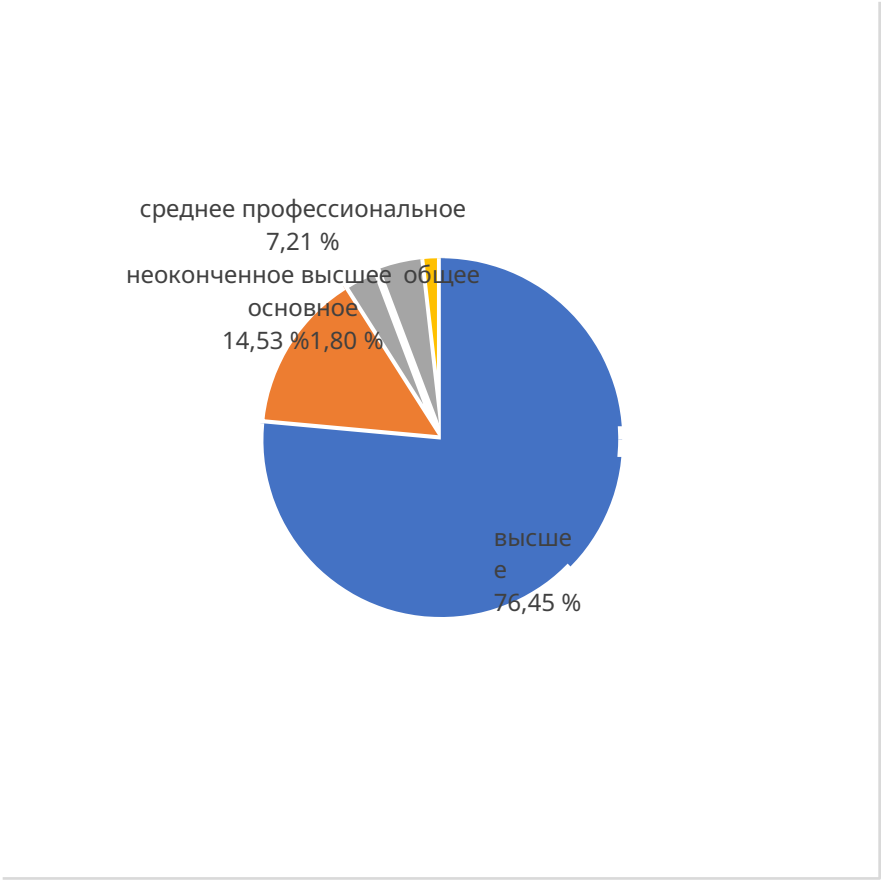

Рисунок 3. Распределение выборки по образованию

Из данных рисунка 3 видим, что большинство респондентов выборки имеют высшее образование (76,3%).

Монолитность и типология выборки будут способствовать чистоте результатов исследования.

2.2 Организация и методики исследования

Для оценки негативных аффективных состояний и неосознаваемого образа тела были использованы методики:

1.Опросник тревоги Бека.

Шкала тревоги Бека (англ. The Beck Anxiety Inventory, сокр. BAI) - клиническая тестовая методика, предназначенная для скрининга тревоги и оценки степени её выраженности.

Внутренняя структура. Опросник состоит из 21 пункта. Каждый пункт включает один из основных симптомов тревоги, телесных или психических.

Каждый пункт должен быть оценен респондентом от 0 (симптом не беспокоил) до 3 (симптом беспокоил очень сильно).

Клиническое значение. Шкала тревоги Бека представляет собой простой, удобный инструмент для предварительной оценки степени выраженности тревожных расстройств у широкого круга лиц: молодых людей от 14 лет, зрелых и пожилых, контингента клиники и при скрининговых исследованиях. Заполнение шкалы занимает не более 10 минут, как правило, это можно доверить самому испытуемому. Лица, получившие высокие баллы по шкале, должны быть направлены на консультацию к специалисту.

Обычно шкалу используют при профосмотрах, когда необходимо выделить контингент, нуждающийся в более подробном обследовании и консультации специалиста, в клинической практике, когда есть подозрение, что соматическое расстройство коморбидно с тревогой (в том числе взаимообусловлено).

Подсчёт производится простым суммированием баллов по всем пунктам шкалы.

Значение до 21 балла включительно свидетельствует о незначительном уровне тревоги.

Значение от 22 до 35 баллов означает среднюю выраженность тревоги

Значение выше 36 баллов (при максимуме в 63 балла) свидетельствует об очень высокой тревоге.

Мы используем эту шкалу, чтобы определить оценки своих негативных аффективных состояний испытуемыми, в частности, как они оценивают свою тревогу.

2.Методика депрессии Бека.

Шкала депрессии Бека предложена А. Т. Беком и его коллегами в 1961 году и разработана на основе клинических наблюдений авторов, позволивших выявить ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб. После соотнесения этого списка параметров с

клиническими описаниями депрессии, содержащимися в соответствующей литературе, был разработан опросник, включающий в себя 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии.

В первоначальном варианте методика заполнялась при участии квалифицированного эксперта (психиатра, клинического психолога или социолога), который зачитывал вслух каждый пункт из категории, а после просил пациента выбрать утверждение, наиболее соответствующее его состоянию на текущий момент. Пациенту выдавалась копия опросника, по которому он мог следить за читаемыми экспертом пунктами. На основании ответа пациента исследователь отмечал соответствующий пункт на бланке. В дополнение к результатам тестирования исследователь учитывал анамнестические данные, показатели интеллектуального развития и прочие интересующие параметры.

В настоящее время считается, что процедура тестирования может быть упрощена: опросник выдаётся на руки пациенту и заполняется им самостоятельно.

Показатель по каждой категории рассчитывается следующим образом: каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 3 в соответствии с нарастанием тяжести симптома. Суммарный балл составляет от 0 до 63 и снижается в соответствии с улучшением состояния.

Результаты теста интерпретируются следующим

образом: 0—13 — вариации, считающиеся нормой

14—19 — лёгкая депрессия 20

—28 — умеренная депрессия

29—63 — тяжёлая депрессия

Использование опросника депрессии Бека позволяет оценить симптомы депрессии у испытуемых.

3. Авторский опросник.

Составленная анкета-опросник состоит из 15 вопросов:

1. Ваш Ник
2. Ваш пол
3. Возраст
4. Образование
5. Семейное положение
6. Как изменилось Ваше эмоциональное состояние за последнее время?
7. Как Вы оцениваете свою тревожность за последнее время?
8. Что Вы делаете, чтобы снизить тревогу?
9. Как Вы можете оценить своё настроение за последнее время?
10. Что Вы делаете для поднятия настроения?
11. Как изменилось Ваше поведе6ие за последнее время?
12. Как изменилось Ваше самочувствие (здоровье) за последнее время?
13. Как Вы можете описать Ваш сон в последнее время?
14. Как Вы можете описать свой аппетит в последнее время?
15. Как часто Вы смотрите, слушаете или читаете новостные каналы?

Цель анкеты: сбор анкетных данных и первичная оценка психо-эмоционального состояния респондентов для приглашения их к диалогу по теме исследования.

4. Оценка физических параметров тела по методу М.Фельденкрайза,. Он предложил способ выявления телесного образа Я посредством простой и оригинальной методики: человек с закрытыми глазами показывает размеры частей своего тела, а его партнёр их замеряет. На основании этого принципа была разработана методика определения неосознаваемого образа тела. В

методике содержатся ключевые измерения для создания схематического изображения фигуры человека. После измерения они переносятся на бумагу, где в масштабе 10:1 создаётся графическое изображение.

Цель: выявление степени соответствия бессознательного образа тела сознательному, то есть для выявления количества искажений телесного образа Я, а, значит, степени понимания своего тела, адекватности его ощущения.

Процедура: у испытуемых замерялись такие параметры, как ширина головы, длина головы, ширина шеи, длина шеи, ширина плеч, ширина грудной клетки, ширина талии, ширина бедер, длина руки, длина кисти, длина ноги, длина ступни.

Далее респондентам предлагалось показать с закрытыми глазами с помощью вытянутых рук размеры измеренных частей тела.

Подсчитывались различия в реальном размере части тела и воспринимаемом.

Для оценки различий и взаимосвязей негативных аффективных состояний и восприятия телесного образа Я были применены U-критерий Манна-Уитни и корреляционный анализ критерием Спирмена. Выбор данных статистических критериев не случаен — данные в выборках не показали нормального распределения. Оценка нормальности распределения осуществлялась по показателям асимметрии и эксцесса. Поэтому при да льнейшей работе с данными выборками использ ова лись непараметрический методы статистики.

2.3 Результаты

Анкетирование показало следующие данные респондентов: никак не изменилось эмоциональное состояние за последнее время – 50,9%, не тревожатся (44,4%), за последнее время отмечали у себя легкую тревогу (33,7%), стал более нервным (25,5%), стал более эмоциональным (25,45%),

появилась или повысилась раздражительность (23,6%), отмечали сильную тревогу (21,9%), появилась или повысилась апатия (23,6%).

Для снижение своей тревоги респонденты выбирают следующие меры: избегание СМИ (32,7%), прием витаминов (21,7%), прогулки (13,7%), больше отдыхают (28,1%), ничего не делают (3,8%).

Вопрос на оценку настроения респондентов показал, что у большинства -43,4% отличное настроение, иногда бывает подавленное настроение (36,7%), большую часть времени чувствую подавленное настроение (19,9%).

Для поднятия настроения респонденты: прием витаминов (19,7%), прогулки (17,7%), больше отдыхают (32,1%). Также были получены единичные ответы: занятие спортом, любимым делом.

За последнее время респонденты отмечали следующие изменения в своем поведении: стал более расторможенным (34,6%), стал бережнее относиться к себе (38,6%), никак (26,8).

Респонденты отмечали следующие изменения в своем здоровье: стали лучше себя чувствовать (35,8%), стали хуже себя чувствовать (37,9%).

Оценка аппетита и сна, как признаков эмоционального благополучия, респондентов, показала, что: 35,7% респондентов отмечают ухудшение сна, 25,7% - ухудшение аппетита. Остальные респонденты отметили либо улучшение сна и аппетита, либо отсутствие изменений.

Результаты оценки своих негативных аффективных состояний респондентов по шкалам Бека представлена ниже (рис 4-12).

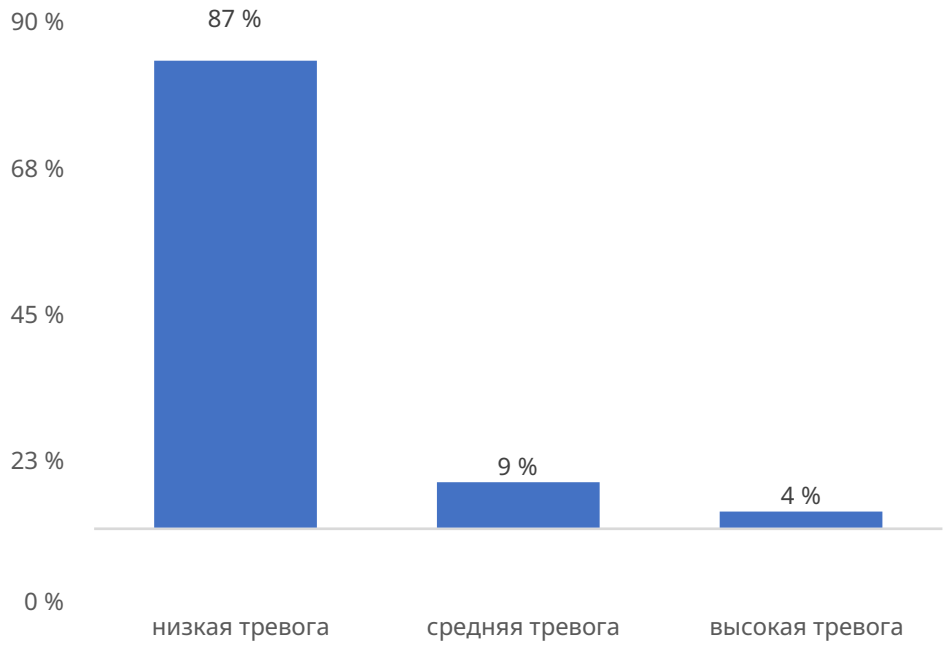

Рис. 4. Распределение выборки по уровню оценки тревоги

Анализ данных рисунка 4 показал, что в выборке преобладает низкий уровень тревоги у большинства респондентов (87%).

Однако у 9% респондентов был выявлен средний уровень тревоги, а у 3,6%- высокий. У данных респондентов могут быть симптомы беспричинного беспокойства, физические симптомы (тахкикардия, потоотделение, головные боли и проч.).

Половое различие в оценке тревоги представлено на рисунках 5-6.

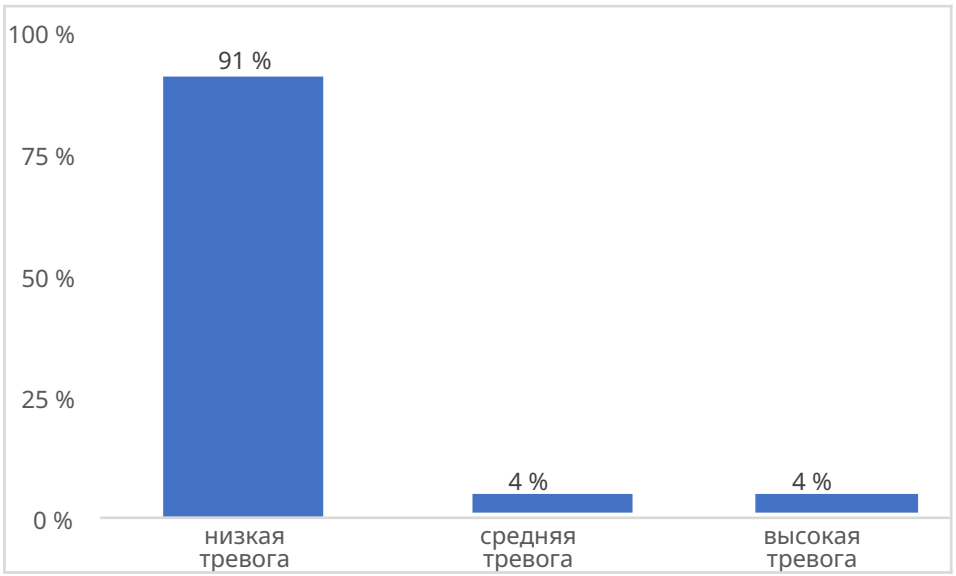

Рис. 5. Распределение выборки мужчин по уровню тревоги

Анализ данных рисунка 5 показал, что в выборке мужчин преобладает

низкий уровень тревоги у большинства мужчин(91%). Им не свойственны

беспокойство и переживания. Только 4,3% мужчин переживают среднюю и 4,3% - высокую тревогу.

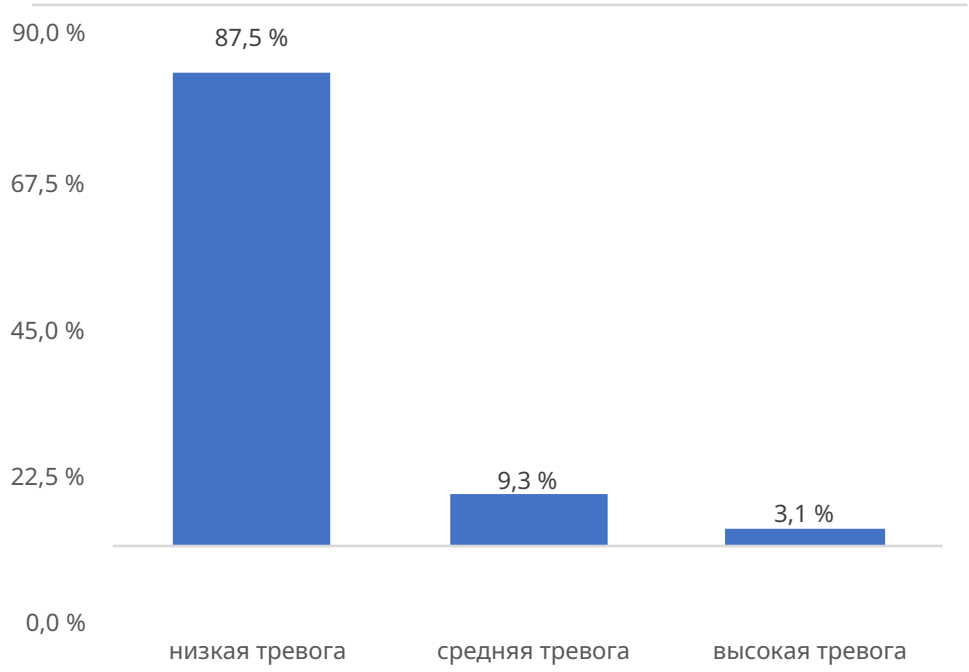

Рис. 6. Распределение выборок женщин по уровню оценок тревоги

Согласно данным рисунка 6 видно, что в выборке женщин преобладает низкий уровень тревоги (87,5%). Однако у 9,3% женщин был выявлен средний уровень тревоги, а у 31%- высокий.

Сравнение оценок тревоги в выборке мужчин и женщин представлено на рисунке 7.

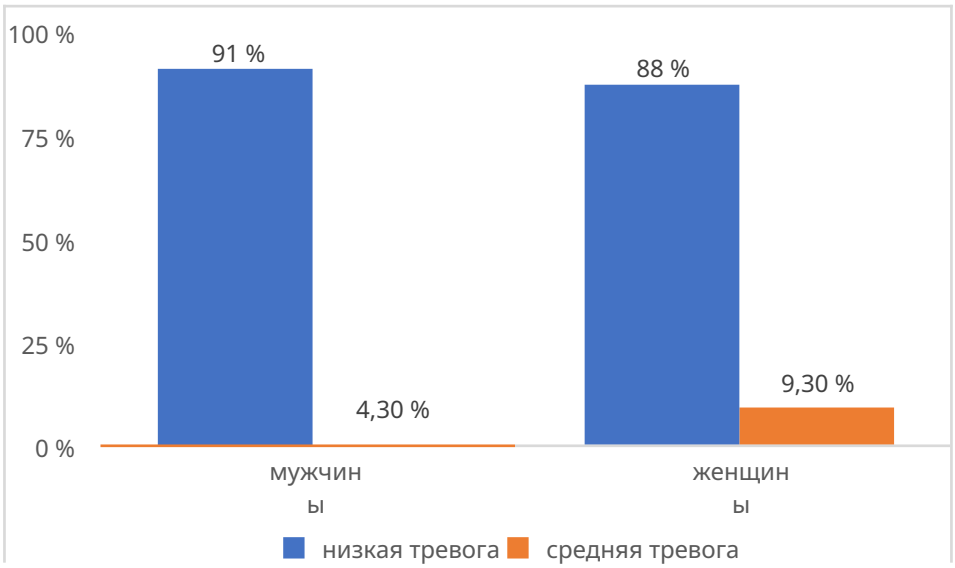

Рис. 7. Сравнение выборок женщин и мужчин по уровню оценок тревоги

Сравнивая уровни оценок тревоги мужчин и женщин, согласно данным

рисунка 7, видно, что в обеих группах преобладает низкий уровень тревоги.

Представим результаты исследования депрессивных тенденций в выборке (рис 8).

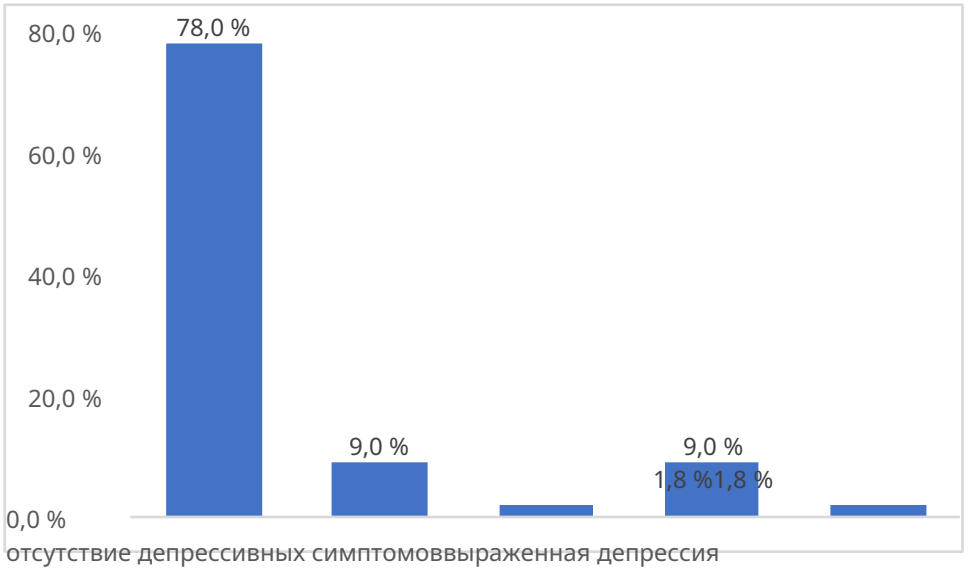

Рис. 8. Распределение выборки по уровню оценок депрессии

Из данных рисунка 8 можно сделать вывод, что у 78% респондентов отмечается отсутствие депрессивных симптомов. Лишь 9% отметили у себя признаки легкой депрессии, а у 9% была определена выраженная депрессия, у 1,8%- тяжелая депрессия - им было рекомендовано обратиться к специалисту.

Половое различие оценок тревоги представлено на рисунках 9-10.

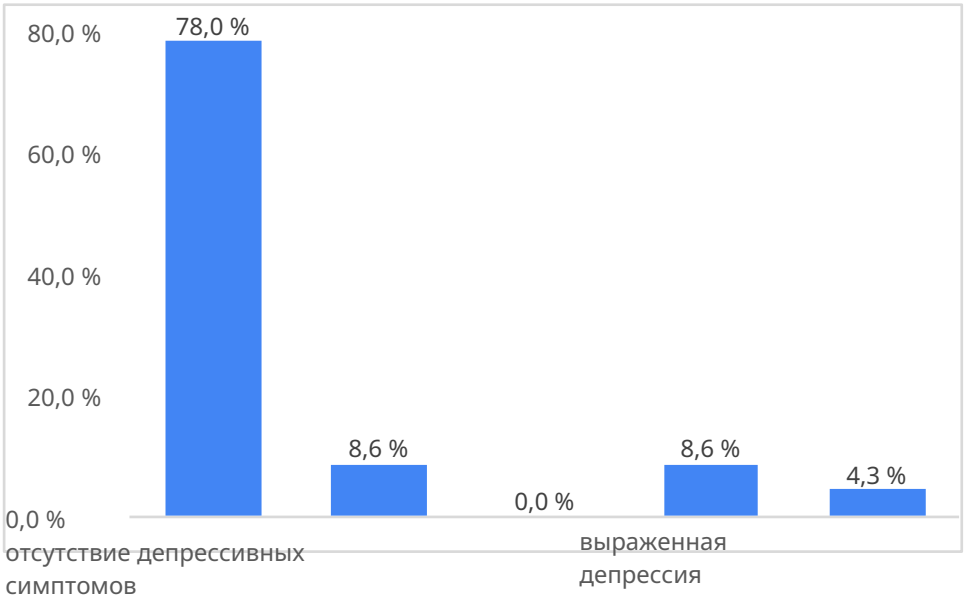

Рис. 9. Распределение выборки мужчин по уровню оценок депрессии

Среди мужчин отмечается отсутствие депрессивных симптомов в 78%

случаев. Однако, 8,6% отметили у себя признаки легкой депрессии, у 8,6% выраженная депрессия, 4,3% мужчин – тяжелая депрессия.

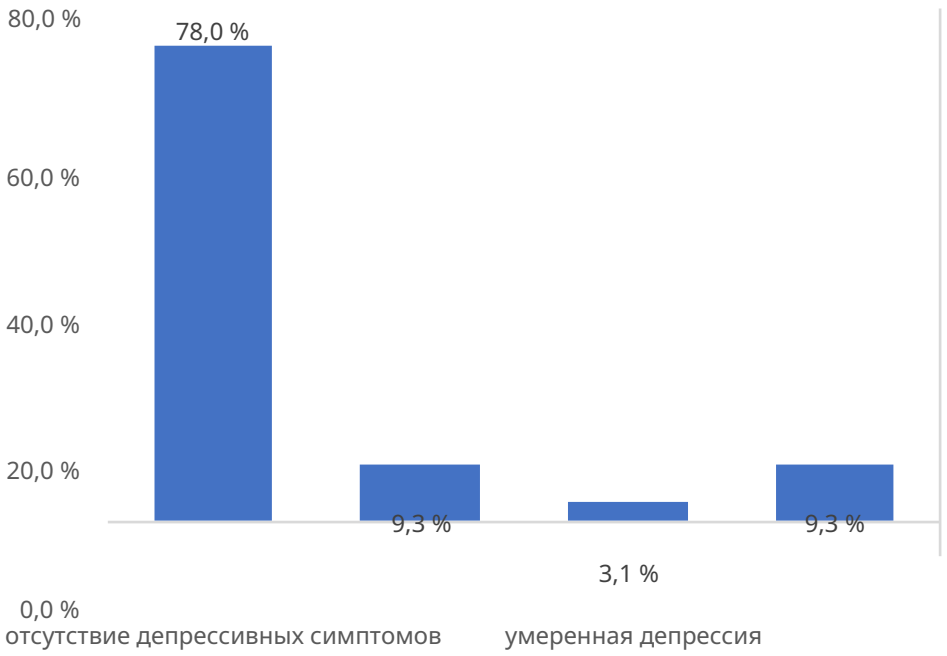

Рис. 10. Распределение выборки женщин по уровню оценок депрессии

Согласно данным рисунка 10, видно, что среди женщин отмечается отсутствие депрессивных симптомов в 78% случаев. Однако, 9,3% отметили у себя признаки легкой депрессии, у 3,1% женщин отмечается выраженная депрессия, 9,3% женщин – тяжелая депрессия.

Сравнение оценок тревоги в выборках мужчин и женщин представлено на рисунке 7.

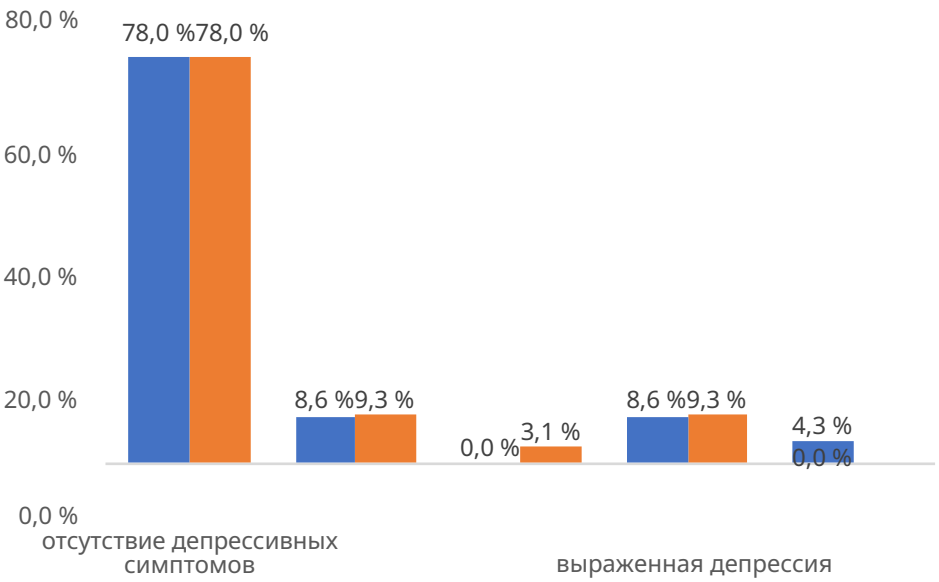



Рис. 11. Сравнение выборок женщин и мужчин по уровню оценок депрессии

Сравнивая уровни оценок депрессии мужчин и женщин, согласно данным рисунка 11, видно, что в обеих группах у большинства отмечается отсутствие депрессивных симптомов. Однако, в обеих группах есть респонденты с признаки легкой, выраженной и тяжелой депрессией.

Сравним выраженность оценок тревоги и депрессии у мужчин и женщин при помощи U-критерия Манна-Уитни (таблица 1, приложение 2).

Применение статистического критерия Манна-Уитни при сравнении оценок своих негативных аффективных состояний показало:

Таблица 1

Результаты сравнительного анализа данных мужчин и женщин по оценкам негативных аффективных состояний (n_1=32, n_2=23)

Шкалы и показатели	Женщины		Мужчины		P
	M	SD	M	SD	
Тревога	13,1	10,25	11	11,73	0,05
Депрессия	8,06	7,05	8,3	8,9	0,002

Из данных таблицы 1 видно, что существуют значимые различия при p=0,05 в уровне тревоги между мужчинами и женщинами.

Представим результаты исследования неосознаваемого образа тела. Испытуемым предлагалось оценить размеры частей своего тела, после чего делались реальные замеры. Сравнивалась оценка представления о размере части своего тела испытуемого с реальным размером. В таблице 2 представлены искажения восприятия физического образа Я у испытуемых.

Таблица 2

Искажения восприятия образа тела у испытуемых

	Искажение в сторону увеличения	Искажение в строну уменьшения	Нет искажений
Ширина головы	83,6%	14,5%	1,8%

Длина головы	81,9%	14,5%	3,6%
Ширина шеи	47,4%	49%	3,6%
Длина шеи	63,7%	34,5%	1,8%
Ширина плеч	40,1%	58,1%	1,8%
Ширина грудной клетки	29,2%	61,8%	9%
Ширина талии	29,2%	61,8%	9%
Ширина бедер	60,1%	38,1%	1,8%
Длина руки	52,8%	47,2%	0%
Длина кисти	45,6%	49%	5,4%
Длина ноги	61%	38,1%	1,8%
Длина ступни	43,6%	54,5%	1,8%

Согласно данным таблицы 2 очевидно, что в выборке отмечаются искажения как в сторону восприятия более увеличенного размера частей тела, так и в сторону уменьшения. Так например, ширина и длина головы, длина шеи, ширина бедер, длина руки и ноги воспринимаются испытуемыми больше своего реального размера. А такие части тела, как ширина шеи, плеч, грудной клетки, талии, длина ступни и кисти, воспринимаются большинством респондентов меньшими по сравнению с реальными размерами.

Проанализируем восприятие своего образа тела у женщин (таблица 3).

Таблица 3

Искажения восприятия образа тела у женщин

	Искажение в сторону увеличения	Искажение в строну уменьшения	Нет искажений
Ширина головы	84,3%	15,6%	0%
Длина головы	90,6%	9,3%	0%
Ширина шеи	43,7%	53,1%	3,1%

Длина шеи	65,6%	34,3%	0%
Ширина плеч	31,2%	65,6%	3,1%
Ширина грудной клетки	31,3%	59,3%	9,3%
Ширина талии	31,2%	65,6%	3,1%
Ширина бедер	59,4%	37,5%	3,1%
Длина руки	46,8%	53,1%	0%
Длина кисти	46,9%	50%	3,1%
Длина ноги	62,5%	37,5%	0%
Длина ступни	43,7%	53,1%	3,1%

Согласно данным таблицы 3 заметно, что у женщин отмечаются искажения в сторону восприятия более увеличенного размера таких частей тела, так ширина и длина головы, длина шеи, ширина бедер, длина ноги. Остальные части тела воспринимаются женщинами, как меньшие по сравнению с реальными размерами.

Проанализируем восприятие своего образа тела у мужчин (таблица 4).

Таблица 4

Искажения восприятия образа тела у мужчин

	Искажение в сторону увеличения	Искажение в строну уменьшения	Нет искажений
Ширина головы	82,6%	13%	4,3%
Длина головы	69,6%	21,7%	8,6%
Ширина шеи	52,2%	43,4%	4,3%
Длина шеи	60,9%	34,7%	4,3%
Ширина плеч	52,2%	47,8%	0%
Ширина грудной клетки	26,2%	65,2%	8,6%
Ширина талии	26,7%	56,5%	17,3%

Ширина бедер	61%	39%	0%
Длина руки	61%	39%	0%
Длина кисти	43,5%	47,8%	8,6%
Длина ноги	56,7%	39%	4,3%
Длина ступни	43,5%	56,5%	0%

Согласно данным таблицы 4 очевидно, что у мужчин отмечаются большинство искажений в сторону увеличения размеров почти всех замеренных частей тела. Меньшими по сравнению с реальными размерами мужчины отметили ширину талии, длину кисти, длину ступни. Возможно это связано с бессознательным желанием выглядеть больше, чем есть на самом деле.

Представим расчеты по значимости различий между выборками мужчин и женщин по степени искажения восприятия своего тела по Манна-Уитни (таблица 5, приложение 2).

Таблица 5

Результаты сравнительного анализа мужчин и женщин по размерам искажения восприятия своего тела (n_1=32, n_2=23)

Шкалы и показатели	Женщины		Мужчины		P
	M	SD	M	SD	
Ширина головы	6,4	6,2	5	7,7	0,09
Длина головы	5,5	5,7	3,3	8,3	0,002
Ширина шеи	0,4	4,2	0,6	5,1	0,003
Длина шеи	3,2	8,9	2,9	6,06	0,006
Ширина плеч	-2,2	9,7	1,7	12,7	0,004
Ширина грудной клетки	-3,1	8	-3,9	20,9	0,08
Ширина талии	-3	9,1	-3,18	6,6	0,006
Ширина бедер	1,8	8,4	2,1	11,7	0,009
Длина руки	1,4	21,9	6,1	24,1	0,085

Длина кисти	-0,4	4,8	-0,9	6,4	0,008
Длина ноги	3,7	17,9	4,1	12,3	0,007
Длина ступни	-1,5	5,1	0,7	7,7	0,008

Анализ проведенного статистического анализа различий показал, что не существует существенных различий в искажениях размера восприятия своих частей тела у мужчин и женщин. То есть размеры искажений как в сторону увеличения, так и в сторону уменьшения у мужчин и женщин численно не отличаются.

Для оценки взаимосвязи отношения к своей внешности с негативными эмоциями был осуществлён корреляционный анализ (таблица 6).

Таблица 6

Взаимосвязь отношения к своей внешности с негативными эмоциями(n=55)

Показатель	тревога	депрессия
Ширина головы	0,210	0,223
Длина головы	0,258	0,125
Ширина шеи	0,028	0,058
Длина шеи	0,006	-0,065
Ширина плеч	0,319*	0,398**
Ширина грудной клетки	0,345**	0,432**
Ширина талии	-0,059	0,091
Ширина бедер	0,199	0,357**
Длина руки	0,199	0,401**

Длина кисти	-0,04407	-0,039
Длина ноги	0,263	0,097
Длина ступни	0,347**	0,244

Значимость при p=0,05*, значимость при p=0,01**

Анализ взаимосвязей, согласно таблице 6, показал наличие значимых связей между тревогой и шириной плеч (r=0,319), шириной грудной клетки (r=0,345), длиной ступни (r=0,347).

Депрессивные симптомы взаимосвязаны с шириной плеч (r=0,398), шириной грудной клетки (r=0,432), шириной бедер(r=0,357), длиной руки (r=0,401).

Более подробный анализ по видам негативных эмоций и восприятием своего образа тела представлен в таблице 7.

Таблица 7

Взаимосвязь своего образа тела с негативными эмоциями (n=55)

Показатель	Печаль	Пессимизм	Ощущение несостоятельности	Неудовлетворённость собой	Чувство вины	Ощущение наказанности	Самоотрицание	Самообвинение	Суицидальные мысли	Слезливость	Раздражительность	Социальная отчуждённость	Нерешительность	Восприятие тела	Работоспособность	Бессонница	Утомляемость	Потеря аппетита	Потеря веса	Озабоченность состоянием здоровья	Потеря сексуального влечения
Ширина головы	0,102	0,280*	0,116	-0,075	0,291*	-0,065	0,283*	0,254	0,149	0,253	0,166	0,104	0,238	0,128	0,369**	-0,113	0,207	0,089	0,003	0,055	-0,042
Длина головы	-0,028	0,010	0,028	-0,034	0,256	0,023	0,122	0,208	0,293*	-0,021	0,279*	0,096	0,010	0,000	0,100	0,029	0,156	-0,016	-0,094	0,063	0,056
Ширина шеи	-0,082	0,072	-0,057	-0,138	0,046	-0,184	0,194	0,023	0,032	0,319*	0,144	0,035	0,047	0,042	0,209	-0,067	0,004	0,065	0,128	-0,015	-0,210

Длина шеи	-0,034	-0,065	0,016	-0,073	-0,051	-0,063	-0,009	-0,033	0,005	0,075	-0,003	-0,136	-0,089	0,007	0,012	-0,223	-0,017	-0,041	-0,149	0,052	-0,180
Ширина плеч	0,233	0,443**	0,318*	0,334*	0,266*	0,316	0,288*	0,370**	0,423**	0,186	0,103	0,075	0,328*	0,380*	0,428*	-0,011	0,384**	0,077	0,016	-0,053	0,025
Ширина грудной клетки	0,121	0,391*	0,415**	0,284*	0,301*	0,029	0,398*	0,388**	0,358**	0,208	0,229	0,121	0,092	0,051	0,027	0,141	0,362**	0,264	-0,002	0,033	0,025
Ширина талии	-0,035	0,206	-0,047	0,057	-0,005	0,180	-0,002	-0,002	0,021	-0,241	0,054	0,070	-0,049	0,077	-0,086	0,219	0,228	0,002	0,050	0,184	0,153
Ширина бедер	0,100	0,391*	0,256	0,235	0,287	0,129	0,361	0,258	0,255	0,111	0,155	0,068	0,384**	0,289*	0,321*	0,071	0,437**	0,125	-0,121	0,220	0,103
Длина руки	0,161	0,047	0,081	0,152	0,207	0,301*	0,209	0,314**	0,286*	0,046	0,165	0,228	0,289*	0,352**	0,317	0,263	0,399**	0,248	0,085	0,068	0,226
Длина кисти	-0,103	-0,250	-0,249	-0,154	-0,039	0,052	-0,187	-0,185	-0,030	0,002	-0,017	0,126	-0,138	-0,176	0,022	0,189	-0,065	0,054	0,149	0,033	0,262
Длина ноги	0,068	0,006	-0,031	0,027	-0,049	-0,039	-0,080	-0,119	0,145	0,159	0,305*	0,202	-0,092	0,083	0,028	-0,010	0,027	0,080	0,230	-0,019	0,175
Длина ступни	0,191	0,186	0,085	0,092	0,189	0,119	0,175	0,178	0,325*	0,086	0,147	0,125	0,130	0,103	0,101	0,064	0,214	0,069	0,023	-0,028	0,180

Значимость при p=0,05*, значимость при p=0,01**

В ходе анализа полученных данных корреляционного анализа получены следующие значимые взаимосвязи:

- искажения восприятия размера ширины головы коррелирует с чувствами: вины (r=0,291), самоотрицанием (r=0,283), и качеством работоспособности (r=0,369);

- искажения восприятия размера длина головы коррелирует с суицидальными мыслями (r=0,293),

- искажения восприятия размера ширины плеч коррелирует с пессимизмом (r=0,443), ощущением несостоятельности (r=0,381), неудовлетворённостью собой (r=0,343), чувством вины (r=0,266), самообвинением (r=0, 370), суицидальными мыслями (r=0, 423), нерешительностью (r = 0 , 3 2 8) , восприятием тела (r = 0 , 3 8 0) , работоспособностью (r=0,428), утомляемостью (r=0,384),

- искажения восприятия размера ширины грудной клетки коррелирует с пессимизмом (r=0,391), ощущением несостоятельности (r=0,415), неудовлетворённостью собой (r=0,284), чувством вины (r=0,401), самообвинением (r=0, 398), суицидальными мыслями (r=0, 388), нерешительностью (r=0,358), утомляемостью (r=0,362),

- искажения восприятия размера ширины бедер коррелирует с пессимизмом (r=0,319), нерешительностью (r=0,384), восприятием тела (r=0,289), работоспособностью (r=0,312), утомляемостью (r=0,437),

- искажения восприятия размера длины руки коррелирует с ощущением наказаности (r=0,301), самообвинением (r=0,314), суицидальными мыслями (r=0,386), нерешительностью (r=0,289), восприятием тела (r=0,352), утомляемостью (r=0,399),

- искажения восприятия размера длины ноги коррелирует с раздражительностью (r=0,305),

- искажения восприятия размера длины ступни коррелирует с суицидальными мыслями (r=0,325).

Отметим, что все полученные взаимосвязи положительные, т.е. чем большее искажение восприятия размера собственных частей тела отмечается, тем больше проявление негативных эмоций у человека (суицидальные мысли, раздражительность, самообвинение, чувство вины) и тем выше работоспособность.

Представим результаты корреляционного анализа взаимосвязи своего образа тела с негативными эмоциями в группе мужчин (таблица 8,9).

Таблица 8

Взаимосвязь своего образа тела с негативными эмоциями у мужчин (n=23)

Показатель	тревога	депрессия
Ширина головы	0,499*	0,589**
Длина головы	0,400	0,203
Ширина шеи	0,199	0,323
Длина шеи	0,248	-0,044
Ширина плеч	0,596**	0,629**
Ширина грудной клетки	0,634**	0,592**
Ширина талии	0,057	0,099
Ширина бедер	0,554**	0,674**
Длина руки	0,638**	0,562**
Длина кисти	-0,237	-0,247
Длина ноги	0,596**	0,199
Длина ступни	0,653**	0,405

Значимость при p=0,05*, значимость при p=0,01**

Анализ взаимосвязей, согласно таблице 8, показал наличие значимых связей между тревогой и шириной головы (r=0,499), шириной плеч (r=0,596), шириной грудной клетки (r=0,634), шириной бедер (r=0,554), длиной рук (r=0,638), длиной ноги (r=0,596), длиной ступни (r=0,653).

Депрессивные симптомы у мужчин взаимосвязаны с шириной головы (r=0,589), шириной плеч (r=0,629), шириной грудной клетки (r=0,592), шириной бедер(r=0,674), длиной руки (r=0,562).

Таблица 9

Взаимосвязь своего образа тела с негативными эмоциями у мужчин (n=23)

Показатель	Печаль	Пессимизм	Ощущение несостоятельности	Неудовлетворённость собой	Чувство вины	Ощущение наказанности	Самоотрицание	Самообвинение	Суицидальные мысли	Слезливость	Раздражительность	Социальная отчуждённость	Нерешительность	Восприятие тела	Работоспособность	Бессонница	Утомляемость	Потеря аппетита	Потеря веса	Озабоченность состоянием здоровья	Потеря сексуального влечения
Ширина головы	0,353	0,545**	0,018	0,435*	0,502	0,200	0,627**	0,431*	0,489*	0,207	0,392	0,108	0,653**	0,497*	0,632**	0,031	0,595**	0,306	0,102	0,094	0,004
Длина головы	0,176	0,147	0,120	0,216	0,374	0,190	0,312	0,352	0,535**	-0,164	0,202	0,037	0,169	0,085	0,158	-0,077	0,277	-0,191	-0,290	-0,034	0,077
Ширина шеи	0,072	0,402	0,197	0,158	0,215	-0,174	0,342	0,162	0,286	0,265	0,125	-0,104	0,403	0,333	0,498*	0,013	0,325	0,341	0,232	0,079	-0,140
Длина шеи	-0,042	0,037	0,045	0,031	-0,030	0,120	0,085	-0,002	0,262	-0,080	-0,068	-0,089	-0,069	-0,025	-0,102	-0,229	-0,037	0,055	-0,334	0,132	0,055
Ширина плеч	0,388	0,571**	0,014	0,485*	0,530*	0,313	0,732**	0,601**	0,574**	0,270	0,327	0,132	0,572**	0,707**	0,682**	0,115	0,540*	0,322	0,039	-0,143	-0,043
Ширина грудной клетки	0,176	0,442*	0,463*	0,429*	0,458*	0,004	0,657**	0,561**	0,462*	0,306	0,436*	0,222	0,085	0,687**	0,623**	0,283	0,478*	0,450*	-0,009	0,038	-0,013
Ширина талии	-0,067	-0,050	-0,103	-0,046	-0,072	0,124	-0,115	-0,125	0,005	-0,050	-0,063	0,255	-0,086	-0,169	0,122	0,096	0,134	0,117	0,341	0,209	0,352
Ширина бедер	0,275	0,499*	0,586**	0,520*	0,566	0,210	0,736**	0,539**	0,603**	0,223	0,308	0,176	0,749	0,540**	0,666**	0,225	0,716**	0,329	-0,040	0,148	0,216
Длина руки	0,255	0,382	0,321	0,205	0,325	0,282	0,555**	0,410	0,400	0,010	0,352	0,049	0,408	0,585**	0,509*	0,635**	0,494*	0,447*	0,099	0,183	0,277
Длина кисти	-0,097	-0,357	-0,378	-0,244	-0,209	-0,123	-0,368	-0,344	-0,228	-0,213	-0,224	-0,013	-0,326	-0,349	-0,201	0,309	-0,119	-0,005	-0,035	0,353	0,150
Длина ноги	0,279	0,081	0,212	0,255	0,108	0,110	0,264	0,186	0,195	-0,147	0,247	0,110	0,109	0,398	0,082	0,000	0,153	0,113	0,298	-0,250	-0,198

Длина ступни	0,402	0,302	0,290	0,269	0,418*	0,255	0,495*	0,372	0,461	0,067	0,197	0,199	0,246	0,331	0,419*	0,173	0,419*	0,135	0,006	-0,013	0,035

Значимость при p=0,05*, значимость при p=0,01**

Анализ полученных данных корреляционного анализа в выборке мужчин показал наличие следующих значимых взаимосвязей:

- искажения восприятия размера ширины головы коррелируют с пессимизмом (r=0,545), неудовлетворенностью (r=0,435), самоотрицанием (r=0,627), самообвинением (r=0,432), суицидальными мыслями (r=0,489), нерешительностью (r=0,653), восприятиемтела (r=0,497), работоспособностью (r=0,632), утомляемостью (r=0,595),

- искажения восприятия размера длина головы коррелирует с суицидальными мыслями (r=0,595),

- искажения восприятия размера ширины шеи коррелирует с работоспособностью (r=0,498),

- искажения восприятия размера ширины плеч коррелирует с пессимизмом (r=0,571), неудовлетворённостью собой (r=0,485), чувством вины (r=0,530), самообвинением (r=0,601), самоотрицанием (r=0,732), суицидальными мыслями (r=0,574), нерешительностью (r=0,522), восприятием тела (r=0,540), работоспособностью (r=0,666), утомляемостью (r=0,540),

- искажения восприятия размера ширины грудной клетки коррелирует с пессимизмом (r=0,442), ощущением несостоятельности (r=0,463), неудовлетворённостью собой (r=0,429), чувством вины (r=0,458), самоотрицанием (r=0,657), самообвинением (r=0,561), суицидальными мыслями (r=0,462), раздражительностью (r=0,436), восприятием тела (r=0,687), работоспособностью (r=0,623), утомляемостью (r=0,450),

- искажения восприятия размера ширины бедер коррелирует с пессимизмом (r=0,496), ощущением несостоятельности (r=0,586), неудовлетворённостью собой (r=0,520), самоотрицанием (r=0,736),

самообвинением (r=0,539), суицидальными мыслями (r=0,603), восприятием тела (r=0,289), работоспособностью (r=0,312), утомляемостью (r=0,716),

- искажения восприятия размера длины руки коррелирует с самоотрицанием (r=0,555), восприятием тела (r=0,352), утомляемостью (r= 0 , 399) , работоспособностью(r= 0 , 585) , бессонницей(r= 0 , 635) , утомляемостью (r=0,494), потерей аппетита (r=0,447),

- искажения восприятия размера длины ступни коррелирует с чувством вины (r=0,418), самоотрицанием (r=0,495), работоспособностью (r=0,419), утомляемостью (r=0,419).

Таким образом, в выборке мужчин наибольшее число взаимосвязей образа образа тела было выявлено по пессимизму, самоотрицанию, неудовлетворенности собой.

Таблица 10

Взаимосвязь своего образа тела с негативными эмоциями у женщин(n=32)

Показатель	тревога	депрессия
Ширина головы	-0,106	-0,198
Длина головы	0,071	0,021
Ширина шеи	-0,141	-0,238
Длина шеи	-0,135	-0,085
Ширина плеч	0,071	0,144
Ширина грудной клетки	-0,205	0,124
Ширина талии	-0,134	0,092
Ширина бедер	-0,205	-0,049
Длина руки	0,037	0,249
Длина кисти	0,161	0,215
Длина ноги	0,088	0,040
Длина ступни	0,025	0,042

Значимость при p=0,05*, значимость при p=0,01**

Анализируя полученные данные по корреляционному анализу в выборке женщин, можно отметить, что не было выявлено значимых взаимосвязей между тревогой, депрессией и искажением восприятия своего образа тела.

Рассмотрим данный вопрос более подробно (таблица 11).

Таблица 11

Взаимосвязь своего образа тела с негативными эмоциями у женщин (n=32)

Показатель	Печаль	Пессимизм	Ощущение несостоятельности	Неудовлетворённость собой	Чувствовины	Ощущение наказанности	Самоотрицание	Самообвинение	Суицидальные мысли	Слезливость	Раздражительность	Социальная отчуждённость	Нерешительность	Восприятие тела	Работоспособность	Бессонница	Утомляемость	Потеря аппетита	Потеря веса	Озабоченность состоянием здоровья	Потеря сексуального влечения
Ширина головы	-0,143	-0,072	-0,323	0,523**	0,082	-0,274	-0,074	0,042	-0,222	0,276	-0,030	0,103	-0,225	-0,212	0,110	-0,246	-0,282	-0,110	-0,086	0,011	-0,091
Длина головы	-0,231	-0,191	-0,088	-0,258	0,144	-0,117	-0,118	0,019	0,028	0,075	0,354*	0,154	-0,173	-0,148	0,069	0,158	-0,031	0,180	0,053	0,071	0,025
Ширина шеи	-0,263	0,376*	-0,329	0,412**	-0,133	-0,197	0,055	-0,148	-0,265	0,381*	0,165	0,142	0,362*	-0,186	-0,106	-0,143	0,380*	-0,192	0,054	-0,055	-0,273
Длина шеи	-0,027	-0,151	-0,001	-0,125	-0,064	-0,144	-0,063	-0,057	-0,158	0,609**	0,025	-0,158	-0,107	0,016	0,086	-0,227	-0,007	-0,091	-0,072	0,029	-0,302
Ширина плеч	-0,003	0,264	0,107	0,167	-0,042	0,333	-0,132	0,067	0,212	0,170	-0,073	0,034	0,015	0,203	0,112	-0,154	0,225	-0,176	0,018	0,043	0,105
Ширина грудной клетки	0,026	0,290	0,391	0,101	0,019	0,082	-0,045	-0,014	0,175	0,088	-0,063	0,001	-0,002	0,211	0,073	-0,104	0,118	-0,032	0,004	0,041	0,103
Ширина талии	-0,015	0,442*	-0,013	0,115	0,037	0,207	0,064	0,089	0,034	0,350*	0,113	-0,016	-0,026	0,201	-0,226	0,067	0,314	-0,063	-0,084	0,183	0,049
Ширина бедер	-0,125	0,223	-0,147	-0,053	-0,046	0,062	-0,048	-0,091	-0,206	0,008	0,018	-0,024	-0,092	0,082	-0,104	-0,094	0,056	-0,090	-0,198	0,308	-0,006

Длина руки	0,038	0,313	0,248	0,0922	0,088	0,317	-0,078	0,210	0,152	0,1022	0,036	0,079	0,138	0,236	0,115	-0,059	0,320	0,076	0,088	0,059	0,194
Длина кисти	-0,095	-0,090	-0,099	-0,059	0,162	0,206	-0,004	0,033	0,233	0,197	0,167	0,249	0,105	-0,052	0,300	0,071	-0,001	0,119	0,307	-0,141	0,373*
Длина ноги	-0,062	-0,052	-0,180	-0,090	-0,145	-0,105	-0,273	-0,345	0,124	0,319	0,338	0,244	-0,231	-0,056	-0,004	-0,016	-0,056	0,065	0,204	0,045	0,366*
Длина ступни	-0,158	-0,015	-0,182	-0,142	0,115	-0,008	-0,166	-0,123	0,100	0,169	0,127	0,071	-0,056	-0,036	0,118	-0,075	-0,058	-0,015	0,064	0,021	0,368*

Значимость при p=0,05*, значимость при p=0,01**

Анализ полученных данных корреляционного анализа в выборке женщин показал наличие следующих значимых взаимосвязей:

- искажения восприятия размера ширины головы коррелирует с неудовлетворенностью собой (r=0,523),

- искажения восприятия размера ширины шеи коррелирует с пессимизмом (r=0,376), неудовлетворенностью собой (r=0,412), слезливостью (r=0,381), нерешительностью (r=0,362), утомляемостью (r=0,380),

- искажения восприятия размера длины шеи коррелирует со слезливостью (r=0,609),

- искажения восприятия размера ширины талии коррелирует с пессимизмом (r=0,442), слезливостью (r=0,350),

- искажения восприятия размера длины кисти коррелирует с потерей сексуального интереса (r=0,373),

- искажения восприятия размера длина ноги коррелирует с потерей сексуального интереса (r=0,366),

- искажения восприятия размера длины стопы коррелирует с потерей сексуального интереса (r=0,368).

Таким образом, в выборке женщин наибольшее число взаимосвязей искажения восприятия своего образа тела было выявлено по пессимизму, неудовлетворенностью собой, потерей сексуального интереса.

Сравнивая полученные взаимосвязи в выборке мужчин и женщин оказалось, что только в выборке мужчин отмечаются положительные взаимосвязи между искажением восприятия тела и тревогой и депрессией, в выборке женщин данной связи не обнаружено, т.е. можем сказать, что у

мужчин чем менее адекватная оценка своего образа тела, тем больше оценка негативных аффективных состояний.

В выборке женщин же была только была выявлена положительная связь искажением восприятия тела и частными симптомами тревоги и депрессии.

Исходя из новых гипотез:

Гипотезы исследования. Основная: существует взаимосвязь неосознаваемого образа тела и оценки своих негативных аффективных состояний у лиц условной группы нормы -подтвердилась.
Частные гипотезы:
1. У мужчин и женщин по-разному реализуется взаимосвязь неосознаваемого образа тела и негативных аффективных состояний -подтвердилась.
2. У женщин и мужчин более адекватная оценка неосознаваемого образа тела положительно коррелирует с более низкими оценками своих негативных аффективных состояний – не подтвердилась, получилось, что чем больше дельта (менее адекватная оценка своего образа тела), тем больше оценка негативных аффективных состояний
3. У женщин и мужчин менее адекватная оценка неосознаваемого образа тела отрицательно коррелирует с более высокими оценками своих негативных аффективных состояний. - не подтвердилась, получилось что чем больше дельта (менее адекватная оценка своего образа тела), тем больше оценка негативных аффективных состояний как в выборке мужчин так и в выборке женщин. Причем у женщин не обнаружилось взаимосвязей между искажением восприятия тела и тревогой и депрессией, а только была выявлена положительная связь искажением восприятия тела и частными симптомами тревоги и депресии.

Выводы по эмпирическому исследованию

Проведенное эмпирическое исследование позволяет сделать следующие выводы:

- оценка эмоционального состояний респондентов по стандартизированным методикам Бека показала, что в выборке преобладает низкий уровень тревоги у большинства респондентов – причем в выборке мужчин и женщин преобладает низкий уровень тревоги. Сравнение тревоги в выборке мужчин и женщин показало, что существуют различия при p=0,05 – уровень тревоги выше в выборке женщин;

- оценка депрессивных симптомов показала, что у большинства респондентов отмечается отсутствие депрессивных симптомов. Гендерный анализ показал, что в выборке мужчин и женщин преобладает отсутствие депрессивных симптомов. Сравнение тревоги в выборке мужчин и женщин не выявило значимых различий;

- результаты исследования образа физического я, показало, что в выборке отмечаются искажения как в сторону восприятия более увеличенного размера частей тела, так и в сторону уменьшения. Так например, ширина и длина головы, длина шеи, ширина бедер, длина руки и ноги воспринимаются испытуемыми больше своего реального размера. А такие части тела как ширина шеи, плеч, грудной клетки, талии, длина ступни и кисти воспринимаются большинством респондентов меньшими по сравнению с реальными размерами.

Причем что у женщин отмечаются искажения в сторону восприятия более увеличенного размера таких частей тела, так ширина и длина головы, длина шеи, ширина бедер, длина ноги . Остальные части тела воспринимаются женщинами как более маленькие по сравнению с реальными размерами.

У мужчин отмечаются большинство искажений в сторону более увеличенного размера почти всех замеренных частей тела;

- оценка значимости различий между выборками мужчин и женщин по степени искажения восприятия своего тела показал, что не существует существенных различий в искажениях размера восприятия своих частей тела у мужчин и женщин;

- оценка взаимосвязи отношения к своей внешности с негативными эмоциями показала наличие значимых связей между искажениями восприятия размера частей тела и тревогой, чувством вины, самоотрицанием, работоспособностью; суицидальными мыслями, пессимизмом, ощущением несостоятельности, неудовлетворённостью собой, самообвинением, нерешительностью, восприятием тела, утомляемостью. Данные связи были определены выборке мужчин и женщин.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование было посвящено изучению взаимосвязи образа тела и негативных аффективных состояний. Актуальность темы обусловлена тем, что феномен образа тела на протяжении последнего столетия изучался в различных разделах медицины, философии, культурологии и психологии, что привело к созданию многочисленных теорий и концепций, объясняющих его сущность и динамику развития, однако изучению взаимосвязи образа тела и негативных аффективных состояний ранее проведено не было.

В процессе анализа литературы были рассмотрены ключевые понятия «самооценка», телесность, «образ тела», рассмотрены имеющиеся современные зарубежные и отечественные исследования.

Восприятие тела выходит за его границы, границы могут быть непредсказуемы, они очерчиваются нашей психикой и находятся в зависимости от нее.

Образ тела - это представления о своем физическом облике, как отражение индивидом восприятия себя. Образ тела включают в себя когнитивный аспект (представления) и аффективный (отношение, самооценку).

В ходе исследования были поставлены гипотезы о том, что существуют

различия в восприятии «образа тела» у мужчин и женщин; отмечается наличие взаимосвязи восприятия своего тела и негативных аффективных состояний у мужчин и женщин.

Эмпирическое исследование показало, что в выборке отмечаются искажения как в сторону восприятия более увеличенного размера частей тела, так и в сторону уменьшения. Женщины склоны искажать образ тела в сторону увеличения таких частей тела, так ширина и длина головы, длина шеи, ширина бедер, длина ноги, а мужчины - почти всех замеренных частей тела. Не было выявлено значимых различий между выборками мужчин и женщин по степени искажения восприятия своего тела. То есть гипотеза не подтвердилась.

Также удалось выявить взаимосвязь отношения к своей внешности с негативными эмоциями (тревогой, чувством вины, самоотрицанием, работоспособностью; суицидальными мыслями, пессимизмом, ощущением несостоятельности, неудовлетворённостью собой, самообвинением, нерешительностью, восприятием тела, утомляемостью) как в общей выборке, так выборке мужчин и женщин отдельно.

Перспективами дальнейшего исследования могут стать изучение когнитивной составляющей образа тела мужчин и женщин.

Полученные в ходе эмпирического исследования результаты могут быть использованы в работе психолога, работающего с запросами неудовлетворённости собственным телом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Абдуллин А.Г., Тумбасова Е.Р. «Образ Я» как предмет исследования в зарубежной и отечественной психологии // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2012. – № 6 (265). – С. 4-11.
2. Адлер А. Понять природу человека. – М.: Аст,2022. – 352 с.
3. Балека Я. Синий - цвет жизни и смерти. Метафизика цвета. Часть 1. - М.: Искусство - XXI век, 2008. - 408 с
4. Батурина Н.В., Зацепина О. А. Влияние социальной сети Инстаграм на восприятие образа тела молодых женщин // Общество: социология, психология, педагогика. – 2021. - №7. – С.57-61.
5. Бахтин М. М. Эстетика словесного творчества. - М., 1979. - С.44.
6. Беркутова В.В. Проблематика тела в психоанализе [Электронный ресурс]. - Режим доступа: /https://psy.media.
7. Бехтерев В. М. Объективная психология / В. М. Бехтерев. — М. : Издательство Юрайт, 2018 — 551 с.
8. Бернштейн Н.А. Общая Биомеханика / Н.А. Бернштейн - М., 1926. – 424 с.
9. Бек А. Т. Тревога и беспокойство: когнитивно-поведенческий

подход / А.Т. Бек, Д.А. Кларк. – Litres, 2019. – 448 с.

10. Бескова Д.А. Клинико-психологические характеристики внешней и внутренней границ телесности (на модели соматоформных расстройств): дис. … канд. психол. наук. – М.: МГУ им. Ломоносова, 2006. – 220 с.

11. Бодалев А.А. Психология о личности [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.koob.ru/bodalev/

12. Былкина Н. Д. Развитие зарубежных психосоматических теорий (аналитический обзор) / Н.Д. Былкина // Психологический журнал. - 1997. - Т. 18. - № 2. - С.149-158.

13. Быховская И. М. Аксиология телесности и здоровье: сопряженность в культурологическом измерении / И.М. Быховская // Психология телесности: между душой и телом / Ред.-сост. В.П. Зинченко, Т.С. Леви.- Москва: АСТ МОСКВА,2007.-С.53-62.

14. Варламов А. В., Яковлева Н. В. Динамика искажений восприятия человеком размеров собственного тела в виртуальной реальности // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика. – 2021. – Т. 18. – №. 1. – С. 254-270.

15. Воробьев М. З. Психосоматика в культуре личности и социума (теоретическое обоснование роли и места) // Ломоносов. - 2000. - №5. – С.34-37.

16. Вильева С.И. Историческое развитие понятия «человеческая телесность» /С.И. Вильева // Аналитика культурологи. – 2014. - № 1 (28). [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.analiculturolog.ru

17. Воронов И. А. Математическая статистика / И.А. Воронов // Электронный учебник, 2012.

18. Габдреева Г.Ш. Системное исследование тревожности // Психология психических состояний: Сб. ст. / Под ред. А.О. Прохорова. - Казань, Наб. Челны: Изд-во КГПУ, Изд-во Ин-та упр. - 2001. - Вып. 3.

- С. 92-107.

19. Газарова Е. Э. Тело и телесность: психологический анализ// Психология телесности между душой и телом/Ред.-сост. В. П. Зинченко, Т. С. Леви. - М.: АСТ: АСТ МОСКВА, 2007. - С. 558-560.

20. Дорожевец А.Н., Соколова Е.Т. Исследование образа физического ≪Я≫:некоторые результаты и размышления / А.Н. Дорожевец, Е.Т. Соколова //Телесность человека: междисциплинарные исследования. - Москва: Инфан, 1991.– 105 с.

21. Додонов Б.И. В мире эмоций. – Калуга: Мир, 2007. – 202 с.

22. Захаров А. И. Происхождение детских неврозов и психотерапия / А.И. Захаров. – СПб.: Апрель-Пресс, 2000. - 448 с.

23. Изард К. Е. Психология эмоций / К.Е. Изард.: Пер. с англ. В. Мисник, А. Татлыбаева. - СПб. : Питер, 2011. - 464 с.

24. Кирей-Ситникова Я. Трансгендерность и трансфеминизм. — М.: Сала-мандра, 2015. – 250 с.

25. Киященко Л. П. О границах телесности человека // Ломоносов. - 2000.-№6. – С.56-59.

26. Комолов Д. А. Использование методики телесных промеров по М. Фельденкрайзу для исследования невербального когнитивного компонента репрезентации тела у детей с различными группами здоровья / Д. А. Комолов // Ученые записки университета имени П. Ф. Лесгафта. – 2016. – № 8 (138). – С. 265– 267.

27. Когнитивно-поведенческий подход в консультировании и психотерапии : сборник статей II Международной научнопрактической конференции, г. Минск, 5–6 ноября 2020 г. / Белорус. гос. пед. ун-т им. М. Танка ; редкол. : Д. Г. Дьяков [и др.]. – Минск : БГПУ, 2020. – 164 с.

28. Кон И.С. Открытие ≪Я≫ / И.С. Кон. - Москва: Политиздат, 1978. – 368 с.

29. Куницына В.Н. Межличностное общение: Учебник для вузов / В.Н. Куницына, Н.В. Казаринова, В.М. Погольша – СПб., 2001. – 544 с

30. Лаврова О. В. Концепция телесности в интегративной психотерапии // Журнал практического психолога. - 2006. - № 4. -С.56-61.

31. Лоуэн А. Язык тела / А. Лоуэн. -СПб, Гуманитарное Агентство «Академический Проект», Феникс. - 1998. - С. 383.

32. Лушина М.В. Образ «Я» трансгендерных мужчин [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://docs.yandex.ru/docs/view?tm=1684872185&tld=ru&lang=ru&name

33. Межличностная коммуникация: теория и жизнь / О. И. Матьяш, В. М. Погольша, Н. В. Казаринова, С. Биби, Ж. В. Зарицкая. Под науч. ред. О. И. Матьяш. — СПб.: Речь, 2011. — 560 с

34. Налчаджян А.А. Социально-психологическая адаптация личности. (Формы, механизмы и стратегии). - Ереван, 1988. - 263 с.

35. Нардонэ Д. Страх, паника, фобия: краткосрочная терапия / Д. Нардонэ. – М.: Психотерапия, 2008. – 352 с.

36. Николаева В.В., Арина А.Г. Клинико-психологические проблемы психологии телесности.// Психологический журнал. - 2003. - том 24. - №1. -С 119-126.

37. Обухов Я.Л. Глубинно-психологический подход в психотерапии психосоматических заболеваний / Я.Л. Обухов. - Харьков, 1999. – 230 с.

38. Панферов В. Н. Психология человека. Учебное пособие. - СПб.: Питер, 2000.— 160с.

39. Пантелеева, В.В. Психология кризисных состояний личности : учеб. пособие / В.В. Пантелеева, О.И. Арбузенко. – Тольятти : Изд-во ТГУ, 2011. – 194 с.

40. Парамонова В.В. Перфекционизм при тревожных и депрессивных расстройствах: автореф. дис. … канд. психол. наук. – М., 2011. – 33 с.

41. Перлз Ф.С. Гештальт-подход и Свидетель терапии. - М.: Академический проект, 2019. - 207 с.

42. Прихожан А.М. Причины, профилактика и преодоление

тревожности / А.М. Прихожан //Психологическая наука и образование. – 1998. - №2. – С.11-17.

43. Психологические исследования внешности и образа тела: коллективная монография / отв. редактор А.Г. Фаустова; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2022 – 223 с.

44. Рассказова Е.И., Леонова А.Б., Плужников И.В. Разработка русскоязычной версии опросника когнитивной регуляции эмоций // Вестник психологии. Серия 14. Психология. - 2011. - №4. - С. 161-179

45. Романов Р.В. Переживание дистресса, ассоциированного с образом тела и гендерной идентичностью // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2022.- №3. – С.225-244.

46. Симонов П.В. Потребностно-информационная теория эмоций // Вопросы психологии. – 1982. – Т. 6. – С. 44-56.

47. Селигман М. Как научиться оптимизму: Измените взгляд на мир и свою жизнь.- Спб.: Learned, 2013.- 200 с.

48. Соколова, Е.Т. «Я»-образ тела / Е.Т. Соколова // Психология самосознания: Хрестоматия. / Под. ред. Д.Я. Райгородского. - Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2000. - С. 406-422.

49. Сотникова А.А. Связь образа тела и расстройств пищевого поведения у лиц с нервной анорексией [Элеткронный ресурс]. – Режим до ступа : https://tribune-scientists.ru/media/p_articles/%D0%A1%D0%BE%D1%82%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B0.pdf

50. Спиркин А.Г. Философия: Учебник для технических вузов. — М.: Гардарики, 2000. — 368 с.

51. Столин В.В. Самосознание личности. - М.: Просвещение, 1983. - 284 с.

52. Стребкова, Ю.А. Психологические аспекты изучения телесности / Ю.А. Стребкова // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. - №1. - Самара: СНЦ РАН, 2008. - С. 183-187.

53. Супрун Н. М. Образ тела как психологическая проблема// Рецензенты: УО «Брестский государственный технический университет», кандидат педагогических наук, доцент ПН Резько доцент кафедры социальной работы УО «Брестский государственный университет имени АС Пушкина». – С. 134.

54. Татаурова С. С. Актуальные проблемы исследования образа тела //Психологический вестник Уральского государственного университета. - Вып. 8. – 2009. – С.36-39.

55. Тхостов Ш. А. Психология телесности. - М.: Смысл, 2002. – 45 с.

56. Тихонова И.Н. Влияние СМИ на формирование внешнего облика современной девушки // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2015. №3. – С.354-359.

57. Фаустова А. Г. Соотношение категорий" образ тела" и" концепция тела" в трудах зарубежных ученых //Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2018. – Т. 6. – №. 3 (22). – С. 520-532.

58. Фельденкрайз М. Искусство движения. Уроки мастера / Пер. с англ. А. Заславской. — М.: Изд-во Эксмо, 2003. — 352 с.

59. Фрейд, З. О правомерности выделения из неврастении симтпомокомплекса, называющегося «невроз страха» / Перевод с немецкого: Николаев В.И.// Проект «ВесьЬ Фрейд» [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://freudproject.ru/?p=864

60. Хоружий С.С. Герменевтика телесности в духовных традициях и современных поисках себя//Психология телесности между душой и телом/Ред.-сост. В. П. Зинченко, Т. С. Леви. - М.: АСТ: АСТ МОСКВА, 2007. - С. 172.

61. Хрестоматия по телесно-ориентированной психотерапии и психотехнике / Под ред. В. Баскакова. - М., 1997. – 420 с.

62. Чеснокова И.И. Проблема самосознания в психологии. - М.: Наука, 1977. - 144 с.

63. Шафранская К. Д. Психологические трудности общения лиц с

косметическими дефектами // Психология межличностного познания. - МГУ, 1981. - С. 212 - 221.

64. Язвинская Е. С. и др. Экспериментальное исследование телесного образа Я как интегральной составляющей телесности //Психология телесности: теоретические и практические исследования. – 2011. -№5.- С.43-47.

65. Barlow, D. H., Rapee, R. M., & Brown, T. A. Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. Behavior Therapy, 23, p. 551- 570.

66. Cash T. F., Theriault J., Annis N. M. Body image in an interpersonal context: Adult attachment, fear of intimacy and social anxiety //Journal of social and clinical psychology. – 2004. – Т. 23. – №. 1. – С. 89-103.

67. Davison T. E., McCabe M. P. Relationships between men's and women's body image and their psychological, social, and sexual functioning //Sex roles. – 2005. – Т. 52. – С. 463-475.

68. Liao Y. et al. Body dysmorphic disorder, social anxiety and depressive symptoms in Chinese medical students //Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. – 2010. – Т. 45. – С. 963-971.

69. Garfinkel S. N., Critchley H. D. Interoception, emotion and brain: new insights link internal physiology to social behaviour. Commentary on: "Anterior insular cortex mediates bodily sensibility and social anxiety" by Terasawa et al.(2012) //Social cognitive and affective neuroscience. – 2013. – Т. 8. – №. 3. – С. 231-234.

70. Grabe, S., Ward, L. M., & Hyde, J. S. The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. Psychological Bulletin, 134(3), 460–476. doi:10.1037/0033-2909.134.3.460

71. Muehlenkamp J., Brausch A. Body image as a mediator of non-suicidal self-injury in adolescents. Journal of Adolescence, 2011, vol. 35, no. 1, pp. 1–9. DOI: 10.1016/ j.adolescence.2011.06.010

72. Pope, Jr., KG. The Adonis complex: the secret crisis of male body

obsession. New York: Free Press, 2000.

73. Ratnasari S. E., Pratiwi I., Wildannisa H. Relationship between body image and social anxiety in adolescent women //European Journal of Psychological Research. – 2021. – Т. 8. – №. 1. – С. 65-72.

Приложение 1

Анкета

1. Ваш Ник
2. Ваш пол
3. Возраст
4. Образование
5. Семейное положение
6. Как изменилось Ваше эмоциональное состояние за последнее время?
7. Как Вы оцениваете свою тревожность за последнее время?
8. Что Вы делаете, чтобы снизить тревогу?
9. Как Вы можете оценить своё настроение за последнее время?
10. Что Вы делаете для поднятия настроения?
11. Как изменилось Ваше поведе6ие за последнее время?

12. Как изменилось Ваше самочувствие (здоровье) за последнее время?
13. Как Вы можете описать Ваш сон в последнее время?
14. Как Вы можете описать свой аппетит в последнее время?
15. Как часто Вы смотрите, слушаете или читаете новостные каналы?

Приложение 2

Значения мужчин по данным искажения восприятия размеров частей тела, депрессии и тревоги

№	Итоговый бал по шкале тревоги А.Бека	Итоговый бал по шкале депрессии А. Бека	Дельты размеров											
			Ширина головы	Длина головы	Ширина шеи	Длина шеи	Ширина плеч	Ширина грудной клетки	Ширина талии	Ширина бедер	Длина руки	Длина кисти	Длина ноги	Длина ступни
1.	2	0	6	10,5	2	1,5	11	13,5	14	3,5	15	7,5	3	2
2.	7	7	21	5,5	9,5	8	4,5	5,5	2,5	15,5	1,5	5	11	0,5
3.	12	25	10	6	1	8	3	4	2	18	11	0	8	1
4.	19	0	6	13	2	14	17	9	8	3	40	10	26	6
5.	26	0	1	0	1	11	8	7	0	3	2	4	24,5	19
6.	0	2	1	14	11	2	12	63	16	18,5	20	6	8	9,5
7.	3	2	5	6	0	0	1	4	12	9	23	0	20	1
8.	3	8	1,5	15	4,4	1	8	7,5	6,3	10	28,5	2	16,5	3
9.	15	12	5,5	0,5	1,5	0,5	7	1	0	5	40	12	3	1
10.	10	8	0	4,5	5,5	5,5	1,5	14	7	3	16	4,5	3,5	9,5
11.	5	8	1,5	1,5	1	4	2	4,5	3,5	5	1	6,5	4	4
12.	4	5	7,5	10,5	4	10	13	8,5	1	3	15,5	1,5	12,5	5,5
13.	35	22	6,5	15,5	0,5	5,5	10	5	9	10	5	5,5	3,5	13,5
14.	45	37	28	9,5	10	2	47,5	66,5	16	37	50,5	-17,5	28	15
15.	3	6	1	1	1	1	11	7	0	1	1,5	0,5	2	6,5
16.	2	5	8,5	0,5	6	2,5	2,5	6,5	4	6,5	6	7	0,5	7,5
17.	10	4	7	15	10	16	8	0	0	16,5	3,5	5	5,5	11,5
18.	2	9	5	1,5	2,5	6,5	4,5	0	1	3,5	1	2,5	0	1,5
19.	3	6	5	5	4	1	3	3,5	0,5	3	7,5	2	12,5	1,5
20.	5	3	7	1	1	2	1,5	6	2	5,5	4	2	7,5	1,5
21.	12	7	8	12,5	0,5	2	6	16,5	6	7,5	27,5	5	3	3
22.	5	1	7	0	2	8	8,5	14	6	1	33	6,5	7	6,5
23.	25	14	2	1,5	5,5	1,5	5,5	15,5	3	8,5	10	2	15	1,5

Значения женщин по данным искажения восприятия размеров частей тела, депрессии и тревоги

№	Итоговый бал по шкале тревоги А.Бека	Итоговый бал по шкале депрессии А. Бека	Дельты размеров											
			Ширина головы	Длина головы	Ширина шеи	Длина шеи	Ширина плеч	Ширина грудной клетки	Ширина талии	Ширина бедер	Длина руки	Длина кисти	Длина ноги	Длина ступни
1.	8	4	1,5	8	1	9	10	0	1,5	2	12,5	0,5	6	2
2.	8	8	6	3,5	1	1	0	1,5	0	10	3	1,5	0,5	1,5
3.	56	4	4	9	2	0,5	4,5	15,5	8	0,5	2	1	2,5	3,5
4.	12	5	23,5	11	7	30,5	1	3,5	30	1	16	8,5	23,5	3,5
5.	11	2	0,5	0,5	1	1	11	8,5	8,5	8,5	12	5,5	16,5	8
6.	12	9	2	1	7	9	9	19	5	8	52	3	11,5	1
7.	5	7	7,5	3	0	4	13	7,5	1	2	1	0,5	7	1
8.	14	22	3,5	1	1	6,1	1,7	9	5,5	3	19,5	4,5	6,5	7
9.	19	15	7	15	0,5	8,3	6	7,5	9	2	3	10,5	52,5	9,5
10.	2	0	13	22,5	6	1	24	20,5	22	13,5	50,5	11,1	34	16,5
11.	3	6	11	17	7	34	18,5	9	24	37	43,5	9,5	37	3,5
12.	12	11	3,5	1	5,5	1	2	8	5,5	4	9	2	9	2
13.	12	18	9	3	2	2	10	9	1	8	3	1	1	0,5
14.	15	18	2	3	4,5	1	16	0	9	5,5	36,5	1,5	4,5	3,5
15.	3	1	9	1,5	0,5	2,5	11	4	6	10,5	15	2,5	4	0
16.	5	5	9	3	1	2	7	1	3	2,5	23	2	6	3
17.	19	5	13,5	9,5	3	3,5	22,5	1	4,5	3,5	8,5	2	21,5	0,5
18.	10	8	11,5	4	2,8	4	3	0	1,5	5	39,5	7	23,5	3,5
19.	30	4	2	4	5	9	6	5	3	2	4	1	5	1
20.	10	15	1	9,5	6	2	11	4,5	9	0,5	1,5	1,5	4,5	3,5
21.	11	7	3	6	7	0,5	12,5	10,5	2	3,5	38	7,5	6,5	8,5
22.	6	3	8	3	1	6	5	7	4	5	17	2	36	0
23.	22	16	2	1,5	5	0,5	5	5	3	5,5	5	3	11	4
24.	21	25	17	15,5	3,5	3	3	5	2	0,5	7	0	8	7,5
25.	8	2	5,5	2,5	2	-3	3,5	7,5	5	1,5	0,5	6,5	3	4
26.	3	6	7	1	9	11	3	10,5	5,5	2	13	5,5	24	2
27.	19	8	14	4,5	2,5	0,5	2	9,5	6	5,5	19,5	1	13,5	1,5
28.	7	3	7,5	0,5	1,5	5,5	6	7,5	9,5	7,5	3,5	3	4,5	3
29.	16	25	2	6	1	1	3,5	7,5	7,5	3	10	0,5	5	2,5
30.	16	4	13,5	8	5,5	2	4	3	2,5	5	6,5	4	12,5	2,5
31.	14	3	1	1,5	2,5	1,5	-8,5	8,5	4	0	10,5	3	4,5	10

Ответы женщин на анкету

№	Пол	Пол	Возраст	Образование	Семейное положение	Как изменилось Ваше эмоциональное состояние за последнее время?	Как Вы оцениваете свою тревожность за последнее время?	Что Вы делаете, чтобы снизить тревогу?	Как Вы можете оценить своё настроение за последнее время?	Чт* Вы делаете для поднятия настроения?	Как изменилось Ваше поведеб ие за последнее время?	Как изменилось Ваше самочувствие (здоровье) за последнее время?	Как Вы можете описать Ваш сон в последнее время?	Как Вы можете описать свой аппетит в последнее время?	Как часто Вы смотрите, слушаете или читаете новостные каналы?
1.	Ж	1	18	мед. биохимия	Не замужем	Стал более эмоциональным. Появилась или повысилась апатия. Стал более нервным	Испытываю лёгкую тревожность	Избегаю СМИ, соцсети, мессенджеры и любое общение на тревожащие меня темы	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми	Стал больше контролировать себя	Никак	Сплю много и хорошо, но всё равно не высыпаюсь	Такой же, как обычно	Ежедневно
2.	Ж	1	44	Высшее	В браке. Есть ребёнок/дети	Стал более эмоциональным	Испытываю лёгкую тревожность	Избегаю СМИ, соцсети, мессенджеры и любое общение на тревожащие меня темы. Принимаю витамины. Больше гуляю на свежем воздухе. Слежу за питанием	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Принимаю витамины, БАДы. Слежу за питанием. Занимаюсь спортом. Занимаюсь любимыми делами. Смотрю интересные фильмы.	Стал больше контролировать себя. Стал больше заботиться о себе. Занялся своим здоровьем	Стал по-другому ощущать своё тло	Рваный сон	Такой же, как обычно	Раз в неделю
3.	Ж	1	22	Среднее профессиональное	Не в браке	Стал более эмоциональным. Появилась или повысилась раздражительность. Стал (более) нервны	Испытываю лёгкую тревожность	Принимаю витамины. Больше отдыхаю. Больше гуляю на свежем оздухе. Слежу за питанием	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Принимаю витамины, БАД. Больше отдыхаю. Слежу за питанием. Занимаюсь	Стал бережнее относиться к себе. Стал больше заботиться о себе. Занялся своим здоровь	Меньше сил, сильно ослаб	Плохо засыпаю	Заметно увеличился	Несколько раз в неделю

						м				спортом. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы. Читаю интересные книги	ем				
4.	Ж	1	18	Университет	Есть кто-то, за кем приходится осуществлять постянный уход	Стал более эмоциональным	Преимущественно я спокоен	Делаю вид или представляю, что того, что меня тревожит, на самом деле нет, и это лишь мои фантазии	У меня всегда отличное настроение	Больше времени гуляю на свежем воздухе	Занялся своим здоровьем	Никак	Такой же, как обычно, полноценный	Такой же, как обычно	Никогда
5.	Ж	1	39	Высшее	В браке. Есть ребёнок/дети	Стал более эмоциональым	Испытываю лёгкую тревожность	Избегаю СМИ, соцсети, мессенджеры и любое общение на тревожащие меня темы. Принимаю витамины. Больше отдыхаю. Больше гуляю на свежем воздухе. Слежу за питанием	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Занимаюсь спортом. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы. Читаю интересные книги	Стал бережнее относиться к себе. Стал больше заботиться о себе. Занялся своим здоровьем	Стал по-другому ощущать своё тело	Такой же, как обычно, полноценный	Такой же, как обычно	Несколько раз в неделю
6.	Ж	1	41	Высшее	Есть ребёнок/дети	Появилась или повысилась апатия	Испытываю лёгкую тревожность	Больше отдыхаю	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Занимаюсь спортом	Стал больше заботиться о себе	Появились проблемы с вниманием, памятью или мышлением	Стал спать меньше	Еда перестала приносить мне удовольствие	Никогда

7.	Ж	1	41	Высшее	В браке. Есть ребёнок/дети	Стала более спокойной	Испытываю лёгкую тревожность	Избегаю СМИ, соцсети, мессенджеры и любое общение на тревожащие меня темы. Принимаю витамины. Занимаюсь детьми	У меня всегда отличное настроение	Принимаю витамины, БАД. Больше времени гуляю на свежем воздухе. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми	Стал бережнее относиться к себе. Стал больше заботиться о себе	Эмоциональный подъём после рождения ребёнка	Стал спать меньше. Поверхностный, неглубокий сон	Заметно увеличился	Никогда
8.	Ж	1	18	Среднее полное	Без отношений	Появилась или повысилась раздражительность. Появилась или повысилась апатия. Появилась или повысилась агрессивность. Стал (более) плаксивым	Испытываю лёгкую тревожность	Больше отдыхаю. Слежу за питанием. Делаю вид или представляю, что того, что меня тревожит, на самом деле нет, и это лишь моя фантазия	Чаще всего я в подавленном настроении	Больше отдыхаю. Слежу за питанием. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы	Стал больше контролировать себя. Стал более растроженным. Стал бережнее относиться к себе	Никак	Плохо засыпаю	Заметно снизился	Раз в неделю
9.	Ж	1	18	Среднее	Нет	Стал более эмоциональным. Появилась или повысилась раздражительность	Преимущественно я спокоен	Принимаю витамины. Ничего не делаю	Чаще всего я в подавленном настроении	Занимаюсь любимыми делами	Стал больше контролировать себя	Появились проблемы с вниманием, памятью или мышлением	Стал спать меньше. Рваный сон. Поверхностный, неглубокий сон	Заметно снизился	Никогда
10.	Ж	1	18	Неоконченное высшее	Живу с родителями	Появилась или повысилась раздражительность. Появилась или повысилась апатия	Преимущественно я спокоен	Принимаю витамины. Больше отдыхаю. Больше гуляю на свежем воздухе. Слежу за питанием	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Больше отдыхаю. Больше времени гуляю на свежем воздухе. Слежу за питанием. Занима	Стал бережнее относиться к себе. Стал больше заботиться о себе. Занялся своим здоровь	Никак	Такой же, как обычно, полноценный	Такой же, как обычно	Никогда

										ются спортом. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы	ем				
11.	Ж	1	41	Высшее	В браке. Есть ребёнок/дети	Стал более эмоциональным. Появилась или повысилась апатия	Преимущественно спокоен	Избегаю СМИ, соцсети, мессенджеры и любое общение на тревожащие меня темы. Принимаю витамины. Больше отдыхаю. Больше гуляю на свежем воздухе	Иногда пребываю в подавленном настроении	Принимаю витамины, БАД. Больше отдыхаю. Больше времени гуляю на свежем воздухе. Занимаюсь любимыми делами. Смотрю интересные фильмы	Стал больше заботиться о себе	Никак	Сплю много и хорошо, но всё равно не высыпаюсь	Такой же, как обычно	Ежедневно
12.	Ж	1	24	Магистр	В браке	Стал более эмоциональным появилась или повысилась апатия. Стал (более) плаксивым	Испытываю лёгкую тревожность	Избегаю СМИ, соцсети, мессенджеры и любое общение на тревожащие меня темы. Больше отдыхаю	Иногда пребываю в подавленном настроении	Принимаю витамины, БАД. Больше отдыхаю. Занимаюсь спортом. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы.	Стал менее сдержанным. Стал бережнее относиться к себе. Стал больше заботиться о себе. Занялся своим здоровьем	Ухудшилось. Меньше сил, сильно ослаб. Стал по-другому ощущать своё тело	Сплю много и хорошо, но всё равно не высыпаюсь	Такой же, как обычно	Несколько раз в неделю

										Читаю интересные книги					
13.	Ж	1	49	Высшее	В браке	Стал более эмоциональным. Появилась или повысилась раздражительность. Стал более нервным	Испытываю лёгкую тревожность	Избегаю СМИ, соцсети, мессенджеры и любое общение на тревожащие меня темы. Больше гуляю на свежем воздухе	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Больше времени гуляю на свежем воздухе. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Хожу в театры	Стал менее сдержанным. Стал более вспыльчивым	Меньше сил, сильно ослаб. Появилось новое хроническое заболевание. Появились проблемы с неимением, памятью или мышлением	Рваный сон	Еда перестала приносить мне удовольствие	Несколько раз в неделю
14.	Ж	1	44	Высшее	В браке. Есть ребёнок/дети	Появилась или повысилась раздражительность. Появилась или повысилась апатия. Стал (более) нервным	Испытываю лёгкую тревожность	Избегаю СМИ, соцсети, мессенджеры и любое общение на тревожащие меня темы. Больше отдыхаю	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Читаю интересные книги	Стал более вспыльчивым. Стал больше заботиться о себе	Ухудшилось. Появились проблемы с вниманием, памятью или мышлением	Рваный сон	Заметно увеличился	Раз в неделю
15.	Ж	1	40	Высшее	В браке. Есть ребёнок/дети	Никак	Преимущественно я спокоен	Разные способы саморегуляции	Обычно я в хорошем настроении	Принимаю витамины, БАД. Больше отдыхаю. Больше времени гуляю на свежем воздухе. Слежу за питанием. Занимаюсь спортом. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми.	Стал бережнее относиться к себе	Никак	Такой же, как обычно, полноценный	Такой же, как обычно	Ежедневно

										Смотрю интересные фильмы. Читаю интересные книги					
16.	Ж	1	50	Высшее	В браке. Есть ребёнок/дети	Стал (более) нервным	Сильно тревожусь	Принимаю витамины. Больше отдыхаю. Прорабатываю проблему в личной терапии	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Принимаю витамины, БАД. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы. Читаю интересные книги. Массаж, косметолог, экскурсии, вождение автомобиля	Стал больше контролировать себя. Стал бережнее относиться к себе. Отслеживаю негативные эмоции, осознаю их причины, работаю над повышением самооценки и толерантности к себе и другим	Стала меньше болеть	Стал спать меньше	Такой же, как обычно	Несколько раз в день
17.	Ж	1	27	Психологическое	В отношениях	Стала менее эмоциональной	Преимущественно я спокоен	Избегаю СМИ, соцсети, мессенджеры и любое общение на тревожащие меня темы. Принимаю витамины. Больше отдыхаю. Больше гуляю на свежем воздухе. Слежу за питанием	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Принимаю витамины, БАД. Больше отдыхаю. Больше времени гуляю на свежем воздухе. Слежу за питанием. Занимаюсь спортом. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотр	Стал больше контролировать себя. Стал бережнее относиться к себе. Стал больше заботиться о себе. Занялся своим здоровьем	Стал по-другому ощущать своё тело	Такой же, как обычно, полноценный. Сплю много и хорошо, но всё равно не высыпаюсь	Такой же, как обычно	Несколько раз в неделю

										ю интересные фильмы. Читаю интересные книги					
18.	Ж	1	34	Высшее	В браке	Никак	Испытываю лёгкую тревожность	Совершаю компульсивные действия, позволяющие перенаправить физическое возбуждение и ни о чём не думать (играю в телефоне, читаю короткие статьи, часами убираюсь в квартире)	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Принимаю витамины, БАД. Принимаю антидепрессанты, больше ничего не делаю. Не вижу необходимости чем-то поднимать себе настроение, через время оно само выравнивается	Стал бережнее относиться к себе. Стал больше заботиться о себе	Меньше сил, сильно ослаб	Плохо засыпаю. Бессонница	Такой же, как обычно	Никогда
19.	Ж	1	18	Учусь	Есть отношения	Никак	Преимущественно я спокоен	Больше отдыхаю. Больше гуляю на свежем воздухе	У меня всегда отличное настроение	Больше времени гуляю на свежем воздухе. Занимаюсь спортом. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы. Читаю интересные книги	Никак	Никак	Стал спать меньше	Такой же, как обычно	Несколько раз в неделю

20.	Ж	1	42	Высшее	Есть ребёнок/дети	Стал более эмоциональным	Преимущественно я спокоен	Избегаю СМИ, соцсети, мессенджеры и любое общение на тревожащие меня темы. Больше отдыхаю	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Больше отдыхаю. Больше времени гуляю на свежем воздухе. Занимаюсь любимыми делами	Стал больше заботиться о себе	Появились проблемы с вниманием, памятью или мышлением	Стал спать меньше	Такой же, как обычно	Несколько раз в неделю
21.	Ж	1	24	Высшее психологическое	В отношениях не состою	Стал более эмоциональным. Появилась или повысилась апатия	Испытываю лёгкую тревожность	Больше отдыхаю	У меня всегда отличное настроение	Больше отдыхаю. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы. Читаю интересные книги	Стал бережнее относиться к себе. Стал больше заботиться о себе. Занялся своим здоровьем	Меньше сил, сильно ослаб	Сплю много и хорошо, но всё равно не высыпаюсь	Такой же, как обычно	Никогда
22.	Ж	1	46	Высшее	В браке	Никак	Испытываю лёгкую тревожность	Принимаю витамины	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Больше отдыхаю	Никак	Никак	Такой же, как обычно, полноценный	Такой же, как обычно	Несколько раз в день
23.	Ж	1	23	Неоконченное высшее	В браке	Стал более эмоциональным. Появилась или повысилась раздражительность. Появилась или повысилась апатия. Появилась или повысилась агрессивность. Стал (более) нервным. Стал (более) плаксивым	Испытываю лёгкую тревожность	Принимаю витамины. Слежу за питанием	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Принимаю витамины, БАД. Больше отдыхаю. Слежу за питанием. Занимаюсь спортом. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю	Стал больше контролировать себя. Стал более растроженным. Стал бережнее относиться к себе. Стал больше заботиться о себе. Занялся своим здоровьем	Никак	Стал спать меньше. Плохо засыпаю	Такой же, как обычно	Несколько раз в день

										интересные фильмы					
24.	Ж	1	18	Учусь	В отношениях	Появилась или повысилась раздражительность. Появилась или повысилась апатия. Появилась или повысилась агрессивность. Стал (более) нервным	Сильно тревожусь	Делаю вид или представляю, что того, что меня тревожит, на самом деле нет, и это лишь мои фантазии	Чаще всего я в подавленном настроении	Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми	Никак	Стал чаще/сильнее болеть. Появились проблемы с вниманием, памятью или мышлением. Стал по-другому ощущать своё тело	Стал спать меньше. Рваный сон. Поверхностный, неглубокий сон	Заметно увеличился	Несколько раз в день
25.	Ж	1	23	Высшее	Есть ответственность за родственников	Более снисходительным	Испытываю лёгкую тревожность	Избегаю СМИ, соцсети, мессенджеры и любое общение на тревожащие меня темы. Больше гуляю на свежем воздухе. Занимаюсь любимым делом	Решительное	Больше времени гуляю на свежем воздухе. Занимаюсь спортом. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Читаю интересные книги	Стала более снисходительной к окружающим	Никак	Такой же, как обычно, полноценный	Такой же, как обычно	Ежедневно
26.	Ж	1	42	Высшее	В браке. Есть ребёнок/дети	Стал (более) плаксивым	Преимущественно я спокоен	Больше отдыхаю. Больше гуляю на свежем воздухе. Слежу за питанием	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Занимаюсь спортом. Смотрю интересные фильмы. Читаю интересные книги	Стал бережнее относиться к себе. Стал больше заботиться о себе. Занялся своим здоровьем	Стал по-другому ощущать своё тело	Такой же, как обычно, полноценный	Такой же, как обычно	Никогда
27.	Ж	1	53	Высшее	В браке	Появилась или повысилась раздражительно	Сильно тревожусь	Больше гуляю на свежем воздухе. Помогает	Иногда я пребываю в подав	Больше времени гуляю на свежем	Стал менее сдержанным. Стал более	Ухудшилось. Появилось новое хронич	Сплю много и хорошо, но всё	Заметно увеличился	Несколько раз в день

						сть. Стал (более) нервным. Стал (более) плаксивым		поговорить (выговориться)	ленном настроении	воздухе. Занимаюсь любимыми делами. Читаю интересные книги	вспыльчивым	еское заболевание. Появились проблемы с вниманием, памятью или мышление	равно не высыпаюсь		
28.	Ж	1	53	Высшее	В браке. Есть ребёнок/дети	Никак	Преимущественно спокоен	Принимаю витамины. Больше отдыхаю. Слежу за питанием	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Принимаю витамины, БАД. Больше отдыхаю. Больше времени гуляю на свежем воздухе. Слежу за питанием. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы. Читаю интересные книги	Стал более раторможенным. Стал больше заботиться о себе. Занялся своим здоровьем	Меньше сил, сильно ослаб. Появились проблемы с вниманием, памятью или мышлением	Стал спать меньше	Такой же, как обычно	Несколько раз в день
29.	Ж	1	51	Высшее	Есть кто-то, за кем приходится осуществлять постоянный уход	Появилась или повысилась раздражительность. Появилась или повысилась апатия. Стал (более) нервным	Испытываю лёгкую тревожность	Принимаю витамины. Больше отдыхаю. Слежу за питанием. Стараюсь трезво оценивать реальность и находить поддерживающие меня решения и отношен	Настроение моё может меняться в зависимости от ситуации	Принимаю витамины, БАД. Больше отдыхаю. Слежу за питанием. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми.	Стал больше контролировать себя. Стал бережнее относиться к себе. Стал больше заботиться о себе	Хроническое заболевание перешло в состояние ремиссии	Рваный сон. Плохо засыпаю	Заметно увеличился	Раз в неделю

								ие к этой реальности		Общаюсь со своими домашними животными					
30.	Ж	1	56	Высшее	В незарегистрированном браке	Никак	Преимущественно я спокоен	Больше отдыхаю. Пилатес	Чаще всего у меня хорошее настроение	Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы. Живы полноценной жизнью	Стал бережнее относиться к себе. Занялся своим здоровьем	Стал чаще/сильнее болеть	Сплю мало, 5-6 ч	Такой же, как обычно	Раз в неделю
31.	Ж	1	48	Высшее	В разводе. Есть ребёнок/дети	Стал более эмоциональным. Появилась или повысилась раздражительность.	Испытываю лёгкую тревожность	Принимаювитамины. Больше отдыхаю. Больше гуляю на свежем воздухе. Слежу за питанием	Иногда я пребываю в подавленном состоянии	Принимаю витамины, БАД. Больше отдыхаю. Больше времени гуляю на свежем воздухе. Слежу за питанием. Занимаюсь спортом. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы. Читаю интересные книги	Стал бережнее относиться к себе. Стал больше заботиться о себе. Занялся своим здоровьем	Стал чаще/сильнее болеть	Такой же, как обычно, полноценный	Такой же, как обычно	Несколько раз в неделю

Ответы мужчин на анкету

М	2	55	Выше	Разведён	Никак	Преимущественно я спокоен	Ничего не делаю	Как разное	Слежу за питанием. Занимаюсь спортом. Читаю интересные книги	Никак	Никак	Такой же, как обычно, полноценный	Такой же, как обычно	Ежедневно
М	2	57	Выше	В браке. Есть ребёнок/дети	Появилась или повысилась раздражительность	Преимущественно я спокоен	Ничего не делаю	У меня всегда отличное настроение	Слежу за питанием. Занимаюсь спортом. Общаюсь с приятными людьми. Читаю интересные книги	Занялся своим здоровьем	Хроническое заболевание перешло в состояние ремиссии	Такой же, как обычно, полноценный	Такой же, как обычно	Ежедневно
М	2	26	Выше	Холост	Стал (более) плаксивым	Преимущественно я спокоен	Ничего не делаю	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Общаюсь с приятными людьми	Стал более расторможенным	Стал чаще/сильнее болеть. Меньше сил, сильно ослаб	Стал спать меньше. Плохо засыпаю. Бессонница	Заметно снизился	Ежедневно
М	2	40	Выше	В браке. Есть ребёнок/дети	Никак	Преимущественно я спокоен	Больше гуляю на свежем воздухе	У меня всегда отличное настроение	Больше отдыхаю. Больше времени гуляю на свежем воздухе. Занимаюсь спортом. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы	Никак	Никак	Такой же, как обычно, полноценный	Такой же, как обычно	Раз в неделю
М	2	17	9	Один	Появилась или повысилась апатия	Преимущественно я покоен	Больше отдыхаю	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Больше отдыхаю. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы	Никак	Никак	Плохо засыпаю	Такой же, как обычно	Никогда
М	2	34	Выше	В браке	Чувство тревоги и неизвестности	Испытываю лёгкую ревожность	Больше гуляю на свежем воздухе. Слежу за питанием	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Больше отдыхаю. Больше времени гуляю на свежем воздухе. Слежу за питанием. Занимаюсь спортом. Занимаюсь любимыми делами	Стал больше контролировать себя. Стал больше заботиться о себе	Никак	Такой же, как бычок, полноценный	Такой же, как обычно	Ежедневно
М	2	52	Средне	В браке. Есть ребёнок/дети	Никак	Преимущественно я спокоен	Ничего не делаю	У меня всегда отличное настроение	Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы. Читаю интересные книги	Никак	Никак	Такой же, как обычно, полноценный	Такой же, как обычно	Ежедневно
М	2	18	Выс	Есть	Никак	Преиму	Делаю вид или представляю,	У мен	Занимаюсь любимыми делами.	Никак	Никак	Стал спать	Немного	Ник

			ше	девушка		ственно я спокоен	что того, что меня тревожит, на самом деле нет, и это лишь мои фантазии	я всегда отличное настроение	Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы			меньше	снизился, иногда могу не есть целый день	огда
М	2	48	Выше	В браке. Есть ребёнок/дети	Появилась или повысилась раздражительность	Испытываю лёгкую тревожность	Делаю вид или представляю, что того, что меня тревожит, на самом деле нет, и это лишь мои фантазии	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми	Стал менее сдержанны	Никак	Рваный сон. Бессонница	Такой же, как обычно	Несколько раз в день
М	2	32	Выше	Холост	Стал более эмоциональным. Стал более нервным	Преимущественно я спокоен	Больше гуляю на свежем воздухе. Слежу за питанием	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Больше отдыхаю. Больше времени гуляю на свежем воздухе. Слежу за питанием. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы. Читаю интересные книги	Стал более вспыльчивым. Стал более расторможенным	Никак	Рваный сон. Поверхностный, неглубокий сон	Такой же, как обычно	Несколько раз в день
М	2	45	Выше	В браке	Появилась или повысилась раздражительность. Появилась или повысилась апатия	Совсем не тревожусь	Больше отдыхаю. Больше гуляю на свежем воздухе	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Больше отдыхаю. Занимаюсь спортом	Стал бережнее относиться к себе. Стал больше заботиться о себе	Никак	Плохо засыпаю	Такой же, как обычно	Ежедневно
М	2	26	Выше	В браке	Никак	Испытываю лёгкую тревожность	Принимаю витамины. Больше отдыхаю	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Принимаю витамины, БАД. Больше отдыхаю. Занимаюсь спортом. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы	Никак	Никак	Такой же, как обычно, полноценный	Такой же, как обычно	Никогда
М	2	35	Выше	В браке	Никак	Испытываю лёгкую тревожность	Ничего не делаю	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Смотрю интересные фильмы. Читаю интересные книги	Никак	Появились проблемы с вниманием, памятью или мышлением	Стал спать меньше	Такой же, как обычно	Развнеделю
М	2	17	11 класс	Девушка	Стал более агрессивным, чем обычно	Сильно тревожусь	Ничего не делаю	Чаще всего я в подавленном настроении	Общаюсь с приятными людьми	Стал более вспыльчивым	Ухудшилось	Поверхностный, неглубокий сон	Еда перестала приносить мне удовольствие	Несколько раз в неделю
М	2	25	В	В	Появил	Преи	Больше	Ино	Больше времени	Стал	Никак	Стал	Твой	Н

			брак е. Есть ребёнок/дети	ась или повысилась раздражительность. Появилась или повысилась апатия	мущественно я спокоен	отдыхаю. Больше гуляю на свежем воздухе	гда я пребываю в подавленном настроении	гуляю на свежем воздухе. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы. Читаю интересные книги. Вино, кино и домино	менее сдержанным. Никак		спать меньше. Поверхностный, неглубокий сон	же, как обычно	ес ко ль ко ра з в день
	6	ысшее											
М 2	57	Высшее	В браке. Есть ребёнок/дети	Стал более требователен к себе и окружающим	Преимущественно я спокоен	Анализирую причину и принимаю программу действия	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Выполняю свои установки (план на день)	Стал более сдержанным	Никак	Стал спать меньше	Такой же, как обычно	Н ес ко ль ко ра з в день
М 2	20	Неоконченное высшее (учусь)	Живу с девушкой	Стал более эмоциональным. Больше думаю о будущем	Я спокоен, но в последнее время тревожность повысилась	Больше отдыхаю. Больше гуляю на свежем воздухе. Делаю вид или представляю, что того, что меня тревожит, на самом деле нет, и это лишь мои фантазии	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Больше отдыхаю. Больше времени гуляю на свежем воздухе. Слежу за питанием. Занимаюсь спортом. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы читаю интересные книги	Стал больше контролировать себя	Стал по-другому ощущать своё тело	Стал спать меньше	Такой же, как обычно	Н ес ко ль ко ра з в не де л ю
М 2	20	Высшее	В отношениях	Появилась или повысилась раздражительность. Стал (более) нервным	Преимущественно я спокоен	Больше отдыхаю. Больше гуляю на свежем воздухе	Иногда я пребываю в подавленном наст	Больше отдыхаю. Больше времени гуляю на свежем воздухе. Занимаюсь спортом. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы	Стал более расторможенным. Стал бережнее относиться к себе. Занялся своим здоровьем	Появились проблемы с вниманием, памятью или мышлением	Стал спать меньше. Плохо засыпаю	Заметно снизился	Н ес ко ль ко ра з в не де л ю
М 2	19	Высшее	Холост	Никак	Преимущественно я спокоен	Ничего не делаю	У меня всегда отличное настроение	Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы. Читаю интересные книги	Никак	Никак	Такой же, как обычно, полноценный. Плохо засыпаю	Такой же, как обычно	Е ж ед не вн о
М 2	43	Высшее	В браке. Есть ребёнок/дети	Никак	Преимущественно я спокоен	Избегаю СМИ, соцсети, мессенджеры и любое общение на тревожащие меня темы. Больше отдыхаю. Слежу за питанием	У меня всегда отличное настроение	Больше отдыхаю. Больше времени гуляю на свежем воздухе. Слежу за питанием. Занимаюсь спортом. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы. Читаю интересные книги	Занялся своим здоровьем	Никак	Стал спать меньше. Рваный сон. Поверхностный, неглубокий сон	Такой же, как обычно	Н ес ко ль ко ра з в день
М 2	43	Неполное высшее	В браке. Есть ребёнок/	Никак	Преимущественно я спокоен	Больше отдыхаю. Ничего не делаю	Иногда я пребываю в подавленном наст	Больше отдыхаю. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы. Читаю интересные книги	Никак	Появились проблемы с вниманием, памятью или мышл	Такой же, как обычно, полноценный	Такой же, как обычно	Н ес ко ль ко ра з в не де

			дети				роении			ением.				лю
							У меня всегда отличное настроение	Занимаюсь спортом.	Стал больше заботиться о себе.	Никак				
М	2	35	Выше	В браке	Никак	Совсем не тревожусь	Больше отдыхаю	Занимаюсь любимыми делами. Смотрю интересные фильмы	Занялся своим здоровьем	Стал по-другому ощущать своё тело	Сплю много и хорошо, но всё равно не высыпаюсь	Такой же, как обычно	Никогда
М	2	24	Высшее медицинское	Холост	Появилась или повысилась апатия. Стал (более) нервным. Стал менее общительным	Испытываю лёгкую тревожность	Хожу к психологу	Принимаю витамины, БАД. Занимаюсь любимыми делами. Читаю интересные книги	Стал менее сдержанным. Стал более вспыльчивым. Стал бережнее относиться к себе	Хроническое заболевание перешло в состояние ремиссии	Стал спать меньше. Рваный сон. Плохо засыпаю	Такой же, как обычно	Раз в неделю

Приложение 3

Автоматический расчет U-критерия Манна-

Уитни тревога

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	8	23	2	3.5
2	8	23	7	20.5
3	56	54	12	33.5

4	12	33.5	19	44.5
5	11	29.5	26	50
6	12	33.5	0	1
7	5	16	3	9
8	14	37.5	3	9
9	19	44.5	15	39.5
10	2	3.5	10	26.5
11	3	9	5	16
12	12	33.5	4	13
13	12	33.5	35	52
14	15	39.5	45	53
15	3	9	3	9
16	5	16	2	3.5
17	19	44.5	10	26.5
18	10	26.5	2	3.5
19	30	51	3	9
20	10	26.5	5	16
21	11	29.5	12	33.5
22	6	19	5	16
23	22	48	25	49
24	21	47		
25	8	23		
26	3	9		
27	19	44.5		
28	7	20.5		
29	16	41.5		
30	16	41.5		
31	14	37.5		
Суммы:		948		537

Результат: $U_{Эмп}$ = 261

Критические значения

$U_{Кр}$	
p≤0.01	p≤0.05
223	**261**

Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}$(261) находится в зоне неопределенности.

Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни

депрессия

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	4	17	0	2.5
2	8	35.5	7	30.5
3	4	17	25	52
4	5	22	0	2.5
5	2	8.5	0	2.5
6	9	39.5	2	8.5
7	7	30.5	2	8.5
8	22	49.5	8	35.5
9	15	44.5	12	42
10	0	2.5	8	35.5
11	6	26.5	8	35.5
12	11	41	5	22
13	18	47.5	22	49.5
14	18	47.5	37	54
15	1	5.5	6	26.5
16	5	22	5	22
17	5	22	4	17
18	8	35.5	9	39.5
19	4	17	6	26.5
20	15	44.5	3	12.5
21	7	30.5	7	30.5
22	3	12.5	1	5.5
23	16	46	14	43
24	25	52		
25	2	8.5		
26	6	26.5		
27	8	35.5		
28	3	12.5		
29	25	52		

30	4	17		
31	3	12.5		
Суммы:		881		604

Результат: $U_{Эмп}$ = 328

Критические значения

$U_{Кр}$	
p≤0.01	p≤0.05
223	**261**

Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}$(328) находится в зоне незначимости.

Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни

Ширина головы

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	1.5	14.5	6	29
2	6	29	21	52
3	4	22	10	44
4	23.5	53	6	29
5	-0.5	9	1	12
6	2	18	-1	7.5
7	7.5	37	5	24
8	-3.5	3	-1.5	6
9	7	33.5	5.5	26.5
10	13	47	0	10
11	11	45	1.5	14.5
12	3.5	21	7.5	37
13	9	42	6.5	31
14	-2	5	28	54
15	9	42	1	12
16	9	42	-8.5	1
17	13.5	48.5	7	33.5
18	11.5	46	5	24
19	2	18	5	24
20	-1	7.5	7	33.5
21	-3	4	8	39.5
22	8	39.5	-7	2

23	2	18	2	18
24	17	51		
25	5.5	26.5		
26	7	33.5		
27	14	50		
28	7.5	37		
29	2	18		
30	13.5	48.5		
31	1	12		
Суммы:		921		564

Результат: $U_{Эмп}$ = 288

Критические значения

$U_{Кр}$	
p≤0.01	p≤0.05
223	**261**

Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}$(288) находится в зоне незначимости.

Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни

Длина головы

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	8	38.5	10.5	44.5
2	3.5	28	5.5	33

3	9	40	6	35.5
4	11	46	13	48
5	0.5	12.5	0	9.5
6	1	16	-14	2
7	3	25	6	35.5
8	-1	7	-15	1
9	15	49.5	0.5	12.5
10	22.5	54	4.5	31.5
11	17	53	1.5	19.5
12	-1	7	10.5	44.5
13	3	25	15.5	51.5
14	3	25	9.5	42
15	1.5	19.5	-1	7
16	3	25	0.5	12.5
17	9.5	42	15	49.5
18	4	29.5	1.5	19.5
19	4	29.5	-5	3
20	9.5	42	1	16
21	6	35.5	12.5	47
22	3	25	0	9.5
23	1.5	19.5	-1.5	4.5
24	15.5	51.5		
25	2.5	22		
26	1	16		
27	4.5	31.5		
28	0.5	12.5		
29	6	35.5		
30	8	38.5		
31	-1.5	4.5		
Суммы:		906		579

Результат: $U_{Эмп}$ = 303

Критические значения

$U_{Кр}$	
p≤0.01	p≤0.05
223	**261**

Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}$(303) находится в зоне незначимости.

Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни

Длина головы

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	-1	19.5	2	35.5
2	-1	19.5	9.5	52
3	2	35.5	1	31.5
4	7	49	-2	12.5
5	-1	19.5	-1	19.5
6	-7	2	-11	1
7	0	28.5	0	28.5
8	-1	19.5	4.4	45
9	-0.5	26	1.5	33
10	6	47	-5.5	6
11	7	49	-1	19.5
12	-5.5	6	4	43.5
13	2	35.5	0.5	30

14	-4.5	10	10	53.5
15	-0.5	26	1	31.5
16	-1	19.5	-6	3.5
17	3	41	10	53.5
18	2.8	40	2.5	38.5
19	-5	8.5	4	43.5
20	-6	3.5	-1	19.5
21	7	49	-0.5	26
22	-1	19.5	-2	12.5
23	-5	8.5	-5.5	6
24	3.5	42		
25	2	35.5		
26	9	51		
27	2.5	38.5		
28	-1.5	14		
29	-1	19.5		
30	5.5	46		
31	-2.5	11		
Суммы:		839.5		645.5

Результат: $U_{Эмп}$ = 343.5

Критические значения

$U_{Кр}$	
p≤0.01	p≤0.05
223	**261**

Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}$(343.5) находится в зоне незначимости.

Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни

Длина шеи

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	9	46	-1.5	14
2	1	27	-8	2
3	0.5	22	8	43.5
4	30.5	53	14	51
5	1	27	11	49.5
6	9	46	-2	11
7	-4	4.5	0	20
8	6.1	41	1	27
9	-8.3	1	0.5	22
10	-1	16.5	5.5	38.5
11	34	54	-4	4.5
12	1	27	10	48
13	2	33	5.5	38.5
14	1	27	2	33
15	-2.5	8.5	-1	16.5
16	2	33	-2.5	8.5
17	-3.5	6	16	52
18	4	37	6.5	42
19	9	46	1	27
20	-2	11	-2	11
21	-0.5	18.5	2	33
22	6	40	8	43.5
23	-0.5	18.5	-1.5	14
24	3	36		
25	-3	7		
26	11	49.5		

27	0.5	22		
28	-5.5	3		
29	1	27		
30	2	33		
31	-1.5	14		
Суммы:		835		650

Результат: $U_{Эмп}$ = 339

Критические значения

$U_{Кр}$	
p≤0.01	p≤0.05
223	**261**

Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}$(339) находится в зоне незначимости.

Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни

Ширина плеч

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	-10	9.5	-11	6.5
2	0	33	4.5	42
3	-4.5	22.5	3	40.5
4	1	34.5	17	51
5	-11	6.5	-8	13
6	9	46	-12	4
7	-13	2	1	34.5
8	1.7	37	8	44.5

9	-6	17.5	-7	14.5
10	-24	1	-1.5	32
11	18.5	52	2	38.5
12	2	38.5	13	49
13	-10	9.5	10	47
14	16	50	47.5	54
15	11	48	-11	6.5
16	-7	14.5	-2.5	30
17	22.5	53	8	44.5
18	-3	28	-4.5	22.5
19	-6	17.5	3	40.5
20	-11	6.5	1.5	36
21	-12.5	3	-6	17.5
22	-5	21	-8.5	11.5
23	5	43	-5.5	20
24	-3	28		
25	-3.5	25.5		
26	-3	28		
27	-2	31		
28	-6	17.5		
29	-3.5	25.5		
30	-4	24		
31	-8.5	11.5		
Суммы:		785		700

Результат: $U_{Эмп}$ = 289

Критические значения

$U_{Кр}$	
p≤0.01	p≤0.05
223	**261**

Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}$(289) находится в зоне незначимости.

Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни

Ширина грудной клетки

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	0	37	-13.5	8
2	-1.5	33	-5.5	25
3	-15.5	4.5	-4	30.5
4	3.5	42.5	9	51
5	-8.5	14	7	47
6	19	53	-63	1
7	-7.5	18.5	-4	30.5
8	9	51	7.5	48.5
9	-7.5	18.5	-1	34
10	-20.5	2	-14	6.5
11	9	51	-4.5	28.5
12	-8	16	-8.5	14
13	-9	12	5	45.5
14	0	37	66.5	54
15	4	44	-7	21.5
16	1	40.5	-6.5	23
17	1	40.5	0	37
18	0	37	0	37
19	-5	26.5	3.5	42.5
20	-4.5	28.5	-6	24

21	-10.5	9.5	-16.5	3
22	-7	21.5	-14	6.5
23	5	45.5	-15.5	4.5
24	-5	26.5		
25	-7.5	18.5		
26	-10.5	9.5		
27	-9.5	11		
28	7.5	48.5		
29	-7.5	18.5		
30	-3	32		
31	-8.5	14		
Суммы:		862		623

Результат: $U_{Эмп}$ = 347

Критические значения

$U_{Кр}$	
p≤0.01	p≤0.05
223	**261**

Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}$(347) находится в зоне незначимости.

Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни

Ширина талии

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	1.5	41.5	-14	5

2	0	37	-2.5	29.5
3	-8	11.5	2	44.5
4	-30	1	-8	11.5
5	-8.5	10	0	37
6	5	48.5	-16	3.5
7	-1	32	-12	6
8	-5.5	19	6.3	51
9	-9	8.5	0	37
10	-22	2	-7	14
11	24	54	-3.5	25
12	-5.5	19	1	40
13	-1	32	9	52.5
14	9	52.5	-16	3.5
15	6	50	0	37
16	-3	27	-4	23
17	-4.5	21	0	37
18	1.5	41.5	-1	32
19	-3	27	-0.5	34
20	-9	8.5	2	44.5
21	2	44.5	-6	16
22	-4	23	-6	16
23	-3	27	3	47
24	2	44.5		
25	5	48.5		
26	-5.5	19		
27	-6	16		
28	-9.5	7		
29	-7.5	13		
30	-2.5	29.5		
31	-4	23		

Суммы:		838.5		646.5

Результат: $U_{Эмп}$ = 342.5

Критические значения

$U_{Кр}$	
p≤0.01	p≤0.05
223	**261**

Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}$(342.5) находится в зоне незначимости.

Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни

Ширина бедер

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	-2	20	-3.5	13.5
2	10	47.5	15.5	50
3	0.5	26	18	52
4	-1	22.5	3	34
5	-8.5	5.5	-3	16.5
6	8	45.5	-18.5	1
7	2	30.5	-9	4
8	-3	16.5	-10	3
9	-2	20	5	39.5
10	-13.5	2	-3	16.5
11	37	53.5	5	39.5
12	-4	12	3	34
13	8	45.5	10	47.5

14	5.5	42.5	37	53.5
15	10.5	49	-1	22.5
16	2.5	32	-6.5	8
17	3.5	36.5	16.5	51
18	5	39.5	-3.5	13.5
19	-2	20	3	34
20	0.5	26	5.5	42.5
21	3.5	36.5	-7.5	7
22	-5	11	1	28
23	-5.5	9.5	-8.5	5.5
24	0.5	26		
25	1.5	29		
26	2	30.5		
27	-5.5	9.5		
28	7.5	44		
29	-3	16.5		
30	5	39.5		
31	0	24		
Суммы:		868.5		616.5

Результат: $U_{Эмп}$ = 340.5

Критические значения

$U_{Кр}$	
p≤0.01	p≤0.05
223	**261**

Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}$(340.5) находится в зоне незначимости.

Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни

Длина кисти

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	12.5	41	-15	11.5
2	-3	19.5	1.5	28
3	-2	21	11	40
4	16	43	40	49.5
5	-12	13	2	29
6	52	53	-20	6
7	-1	24.5	23	45
8	19.5	44	28.5	46
9	-3	19.5	40	49.5
10	-50.5	1	-16	9
11	43.5	51	-1	24.5
12	-9	15	-15.5	10
13	3	30	57.5	54
14	36.5	47	50.5	52
15	-15	11.5	-1.5	22.5
16	-23	5	6	36
17	-8.5	16	3.5	31.5
18	39.5	48	1	27
19	4	33.5	-7.5	17
20	-1.5	22.5	4	33.5
21	-38	2	-27.5	4
22	-17	8	-33	3
23	5	35	10	38
24	7	37		
25	-0.5	26		
26	13	42		
27	-19.5	7		
28	3.5	31.5		

29	-10	14		
30	-6.5	18		
31	10.5	39		
Суммы:		818.5		666.5

Результат: $U_{Эмп}$ = 322.5

Критические значения

$U_{Кр}$	
p≤0.01	p≤0.05
223	**261**

Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}$(322.5) находится в зоне незначимости.

Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни

Длина кисти

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	0.5	33	7.5	51
2	-1.5	24.5	-5	10.5
3	-1	26.5	0	30
4	8.5	52	-10	3
5	-5.5	9	4	44
6	-3	16	-6	8
7	0.5	33	0	30
8	-4.5	12.5	-2	21
9	10.5	53	12	54
10	-11.1	2	-4.5	12.5
11	-9.5	4	6.5	48.5
12	2	40	1.5	37.5
13	1	35.5	5.5	46.5

14	1.5	37.5	-17.5	1
15	-2.5	18	-0.5	28
16	-2	21	-7	6
17	2	40	5	45
18	7	50	2.5	42
19	-1	26.5	-2	21
20	-1.5	24.5	2	40
21	-7.5	5	-5	10.5
22	-2	21	-6.5	7
23	3	43	-2	21
24	0	30		
25	6.5	48.5		
26	5.5	46.5		
27	1	35.5		
28	-3	16		
29	0.5	33		
30	-4	14		
31	-3	16		
Суммы:		867		618

Результат: $U_{Эмп}$ = 342

Критические значения

$U_{Кр}$	
p≤0.01	p≤0.05
223	**261**

Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}$(342) находится в зоне незначимости.

Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни

Длина ноги

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	6	34.5	3	25.5
2	0.5	23	11	39.5
3	2.5	24	-8	8
4	23.5	48	26	51
5	16.5	45.5	24.5	50
6	-11.5	6	-8	8
7	7	36	-20	4
8	-6.5	11.5	16.5	45.5
9	52.5	54	-3	17.5
10	-34	2	3.5	27.5
11	37	53	-4	16
12	9	38	12.5	41.5
13	-1	20	3.5	27.5
14	4.5	31	28	52
15	4	29	-2	19
16	6	34.5	-0.5	21
17	21.5	47	5.5	33
18	-23.5	3	0	22
19	-5	13.5	-12.5	5
20	4.5	31	7.5	37
21	-6.5	11.5	3	25.5
22	-36	1	-7	10
23	11	39.5	15	44
24	-8	8		
25	-3	17.5		
26	24	49		
27	13.5	43		
28	-4.5	15		
29	-5	13.5		

30	12.5	41.5		
31	4.5	31		
Суммы:		855		630

Результат: $U_{Эмп}$ = 354

Критические значения

$U_{Кр}$	
p≤0.01	p≤0.05
223	**261**

Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}$(354) находится в зоне незначимости.

Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни

Длина ступни

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	2	41	2	41
2	1.5	37.5	-0.5	29.5
3	-3.5	14	1	34.5
4	3.5	44	-6	12
5	-8	6	19	54
6	-1	26.5	-9.5	3.5
7	1	34.5	-1	26.5
8	-7	9	-3	17.5
9	9.5	50	-1	26.5
10	-16.5	1	-9.5	3.5
11	3.5	44	4	47
12	2	41	5.5	49

13	-0.5	29.5	13.5	52
14	-3.5	14	15	53
15	0	31.5	-6.5	10.5
16	-3	17.5	-7.5	7.5
17	0.5	33	11.5	51
18	3.5	44	1.5	37.5
19	-1	26.5	-1.5	23.5
20	-3.5	14	-1.5	23.5
21	-8.5	5	-3	17.5
22	0	31.5	-6.5	10.5
23	4	47	1.5	37.5
24	-7.5	7.5		
25	4	47		
26	-2	22		
27	1.5	37.5		
28	-3	17.5		
29	-2.5	20.5		
30	-2.5	20.5		
31	-10	2		
Суммы:		816.5		668.5

Результат: $U_{Эмп}$ = 320.5

Критические значения

$U_{Кр}$	
p≤0.01	p≤0.05
223	**261**

Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}$(320.5) находится в зоне незначимости.