

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования**

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

**Факультет педагогики, психологии
и социальных наук**

**Кафедра «Прикладная
психология»**

**Направление подготовки 44.03.02 «Психолого-педагогическое образование»
Профиль «Психология образования»**

**Бакалаврская работа
на тему:**

**«Субъективное ощущение одиночества у подростков с расстройствами
пищевого поведения»**

Студент _____ Блинова Ксения Васильевна
подпись

Руководитель _____ Бухлина Л.Ю.
подпись

Нормоконтролер _____ Бузыкина Ю.С.
подпись

Работа допущена к защите (протокол заседания кафедры от 22.05.2018 № 12)

Заведующий кафедрой _____ Медведева И.А.
подпись

Работа защищена с отметкой _____ (протокол заседания ГЭК от _____ №)

Секретарь ГЭК _____ Карманова Т.М.
подпись

Пенза 2018

Содержание

Введение.....	3
Глава 1 Теоретический анализ проблемы субъективного ощущения одиночества у подростков с расстройствами пищевого поведения.....	8
1.1. Категории эмоций. Особенности эмоциональной сферы лиц, страдающих расстройствами пищевого поведения.....	8
1.2. Проблема расстройств пищевого поведения и восприятия образа своего тела.....	15
1.3. Психологическая специфика нервной анорексии и нервной булимии.....	23
1.4. Возрастно-психологические особенности девушек подросткового возраста.....	36
Глава 2. Эмпирическое исследование субъективного ощущения одиночества у подростков с расстройствами пищевого поведения.....	40
2.1. Процедура эмпирического исследования субъективного ощущения одиночества у подростков с расстройствами пищевого поведения.....	40
2.2. Анализ и интерпретация результатов исследования субъективного ощущения одиночества у подростков с расстройствами пищевого поведения.....	44
2.3. Математическая обработка данных исследования субъективного ощущения одиночества у подростков с расстройствами пищевого поведения.....	53
2.4. Рекомендации по оптимизации эмоциональной сферы подростков с расстройствами пищевого поведения.....	57
Выводы.....	61
Заключение.....	63

Список используемых источников.....	65
Приложение.....	68

Введение

В современном мире человек всё чаще подвергается стрессу. Ростом городов, развитием техники, ухудшением экологии, политической обстановкой окружающая действительность травмирует каждого из нас. По этим, или иным причинам, к сожалению, достаточно часто возникают проблемы внутри семей. В любого рода семейных неурядицах главным образом страдают дети. Если же ребенок пребывает в подростковом возрасте – наиболее чувствительном к замечаниям и домысливанию проблем по поводу своей внешности, ценности, достоинства – мы можем столкнуться с проблемой самонаказания подростков путём самоистязаний или чрезмерного самоконтроля. Одной из форм которых являются расстройства пищевого поведения (РПП), количество молодых людей и подростков, страдающих от которых, как ни было бы это грустно отметить, растёт.

Поскольку РПП являются причиной многих серьёзных осложнений (сахарный диабет, сердечная и полиорганная недостаточность и т.д.) в молодом или растущем организме перестраиваются жизнеобеспечивающие системы, что во многих случаях является необратимым, а страдают от РПП преимущественно молодые девушки (до 25 лет), расстройства пищевого поведения могут забрать себе не только душевный покой девушки, её физическое здоровье, но и её будущее потомство.

Существуют статистические данные, которые гласят: каждые 62 минуты из-за РПП в мире умирает один человек; почти 50% людей с теми или иными нарушениями пищевого поведения страдают различными формами депрессии; только 1 из 10 человек с расстройствами пищевого поведения своевременно получает соответствующую квалифицированную помощь и лечение; уровень смертности от РПП самый высокий среди всех психических расстройств; смертность из-за нервной анорексии среди девушек от 15 до 24 лет в 12 раз превышает смертность девушек того же возраста из-за каких-либо иных причин. Данные, приведенные выше,

безусловно, отражают страшные реалии современности. Стоит отметить, что глубокие статистические исследования вопроса пищевых расстройств в нашей стране не проводились, нами приведены данные, полученные в западных странах (США, Великобритания). Анализируя такую статистику, стоит сказать о том, что депрессивные тенденции в и без того угнетенной психике подростка с РПП, говорят нам о необходимости изучить эмоциональную сферу лиц, страдающих этим недугом. Известно, что даже при лучшем сопровождении и лечении, крайне сложно в полной мере восстановиться после анорексии или булимии, а зачастую и невозможно. На основании этого, мы делаем вывод, что стоит искать новые векторы коррекции подобных расстройств.

Таким образом актуальность темы нашего исследования обусловлена потребностью более полно раскрыть проблему расстройств пищевого поведения (РПП) у подростков, выявить общие тенденции для наиболее полного понятия сути эмоционального состояния людей, страдающих РПП, чтобы в дальнейшем искать новые пути решения проблем, связанных с этим недугом; поскольку, являясь насущной и заслуживающей внимания, проблема расстройств пищевого поведения продолжает существовать в современном обществе.

Одной из первых за изучение РПП в нашей стране взялась М.В. Коркина, описавшая основные физиологические и поведенческие проявления нервной анорексии. Клинической картиной и лечением этого недуга занимался В.В. Маврилов. Так же различными вопросами, связанными с нервной анорексией занимались Р.А. Сулейманов, А.В. Занозин, А.Е. Брюхин.

Нарушения пищевого поведения могут различаться по степени выраженности - от легких (тенденций к ограничительному или очистительному пищевому поведению) до самых серьезных – нервной анорексии и булимии. Такие нарушения всегда идут вкупе со специфическими особенностями эмоциональной и когнитивной сферы. У

лиц, страдающих РПП, снижается осознанная регуляция деятельности, что отражается в дальнейшем в неумении критично оценивать результаты собственной деятельности. Стремление к совершенству появляется от несформированного образа себя. Осознание невозможности преуспевать во всех сферах жизни, быть везде лучшей, вызывает у девушек-подростков с нарушением пищевого поведения социальную тревогу, страх, чувство отрешенности (о чём говорит в своих трудах О.А. Сагалакова), которое в дальнейшем переходит в ощущение собственной неполноценности и ненужности, а, следовательно, и к глубокому переживанию одиночества.

Цель исследования: выявление связи субъективного ощущения одиночества с выраженностью расстройств пищевого поведения у девушек-подростков для разработки рекомендаций по оптимизации эмоциональной сферы девушек-подростков с расстройствами пищевого поведения.

Объект исследования: эмоциональная сфера девушек подросткового возраста.

Предмет исследования: субъективное ощущение чувства одиночества у подростков с расстройствами пищевого поведения.

Гипотеза исследования:

Существует связь между выраженностью расстройств пищевого поведения и субъективным ощущением одиночества у девушек-подростков. Существует различие в переживании одиночества девушек-подростков с нервной анорексией и нервной булимией.

В соответствии с целью, объектом, предметом и гипотезой в исследовании решались следующие **задачи**:

1. Изучить теоретические данные по проблеме расстройств пищевого поведения.
2. Организовать эмпирическое исследование по выявлению связи уровня ощущения одиночества с типом расстройства пищевого поведения.
3. Провести анализ и интерпретацию результатов исследования связи типа расстройств пищевого поведения и уровней субъективного

ощущения одиночества и выраженности расстройств пищевого поведения у девушек-подростков.

4. Разработать рекомендации по оптимизации эмоциональной сферы подростков с расстройствами пищевого поведения.

5. Сформулировать выводы по проведенной работе и сделать заключение.

Методологическая база:

Теоретическую основу данного исследования составляют результаты значительного количества теоретических, эмпирических и методологических исследований расстройств пищевого поведения, в частности О.А. Скугаревского о выраженной озабоченности формой и весом своего тела, сопровождающаяся постоянными навязчивыми попытками их контролировать; выделенные Н.Т. Годартом и многими другими «социальная беспомощность», тревожные и депрессивные расстройства, наблюдаемые у лиц с нарушенным пищевым поведением. Данное исследование базируется на представлениях о закономерности появления расстройств пищевого поведения у подростков, сопровождающихся угнетённым эмоциональным состоянием, деструктивными саморегуляторными тенденциями и переживанием одиночества на почве дисморфофобии; патопсихологический подход к особенностям регуляции деятельности Б.В. Зейгарник.

Методы:

- теоретический анализ литературы по данной проблеме;
- опрос;
- методы математико-статистической обработки данных.

Методики:

1. Тест отношения к приему пищи (Д. Гарнер)
2. Шкала оценки пищевого поведения (русскоязычная адаптация Ильчик О.А., Сивуха С.В., Скугаревский О.А.).
3. Шкала субъективного ощущения одиночества (Д. Рассел, Л. Пепло, М. Фергюсон, адаптация Н.Е. Водопьяновой.)

База исследования – эмпирическое исследование проводилось анонимно при помощи сети Интернет. Опросники были представлены в виде теста, созданного при помощи ресурса «Google Формы», опубликованного в социальной сети «ВКонтакте» в сообществе, специализирующемся на психологической помощи и сопровождении подростков с расстройствами пищевого поведения.

Испытуемые – в исследовании приняли участие девушки-подростки (от 11 до 18 лет) с различными типами пищевого поведения и его расстройствами. Критерий отбора в исследуемую группу – наличие расстройства пищевого поведения. Большая часть респондентов (65,3 %) согласно Теста отношения к приему пищи, находятся на стадии нервной анорексии, а остальные 34,7 % – страдают нервной булимией. Всего в исследовании приняли участие 120 человек, из них 46 человек с той или иной формой выраженности пищевого расстройства, которые и попали в область нашего исследования.

Глава 1. Теоретический анализ проблемы субъективного ощущения одиночества у подростков с расстройствами пищевого поведения

1.1. Категории эмоций. Особенности эмоциональной сферы лиц, страдающих расстройствами пищевого поведения

В 1995 году Салливан обнаружил, что количество самоубийств среди женщин 15-24 лет, страдающих от различных форм расстройств пищевого поведения в 12 раз выше средних данных для этого возраста, этим самым была обнажена проблема серьезности и опасности пищевых расстройств.

С самого начала изучения расстройств пищевого поведения психологи и психиатры признавали чувства беспомощности, социальной незащищенности и одиночества как важные факторы, сопутствующие развитию нервной анорексии.

Очень важный момент, который необходимо понимать, когда мы ведем разговор о нарушениях пищевого поведения это то, что эти нарушения относятся к спектру эмоциональных нарушений. Что это значит? Расстройство пищевого поведения - это «родственник» таких состояний, как депрессия, тревога или соматические расстройства. Их объединяет то, что основная «поломка» - это регуляция эмоций. Не поведения, не мышления, а именно эмоций. Это значит, что если игнорировать эмоциональную компоненту, то никакое поведенческое изменение или выстраивание строгой, ясной интеллектуально схемы регулирования питания не приведет к стабилизации состояния [21].

Нарушения пищевого поведения всегда идут рука об руку с нарушением эмоциональной сферы. Так, было обнаружено, что у девушек, страдающих от анорексии, в анамнезе есть аффективное расстройство в 95% случаев, около 67% из которых относятся к депрессивным расстройствам и около 42% к тревожным (Рисунок 1).

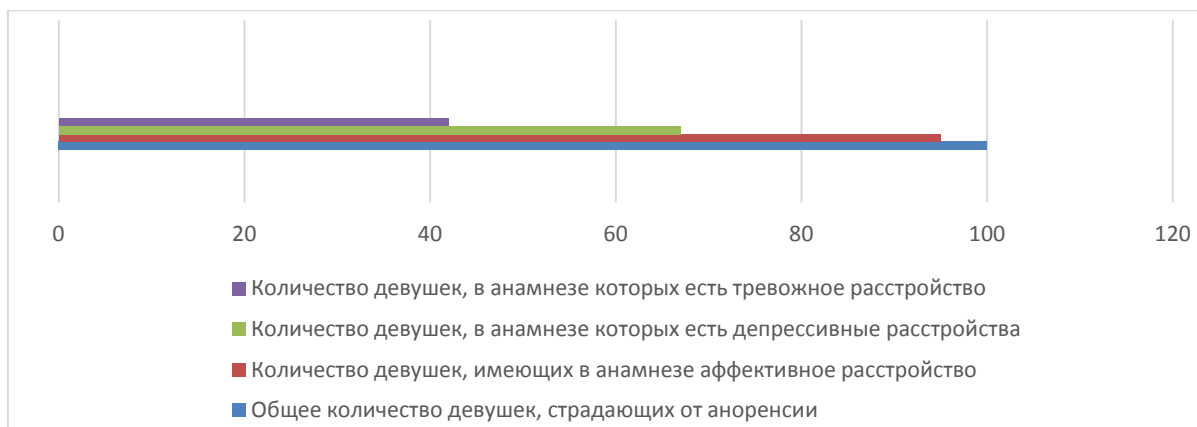


Рис. 1. Распределение девушек с анорексией по наличию аффективных расстройств в анамнезе

Также ряд исследователей отмечают, что у тех людей, кто страдает от нарушений пищевого поведения, часто встречается сниженная способность к эмпатии [33].

В современной терапии расстройств пищевого поведения существует несколько протоколов, которые доказано эффективны при лечении РПП, все они базируются на многочисленных исследованиях, проведенных за последние полвека. В каждой схеме работы с РПП вначале идет четкое предписание, основанное на клиническом опыте, указывающее на обязательную необходимость диагностики аффективного расстройства и его лечения. То есть работать непосредственно с мыслями, чувствами, поведением, касающихся особенностей пищевого поведения, будет малоэффективно или даже безрезультатно без лечения аффективных нарушений [21].

Нервная булимия характеризуется рецидивирующими эпизодами переедания на регулярной основе с компенсаторным поведением, которое выражается в искусственном очищении, чтобы предотвратить увеличение веса. Люди с булимией подвержены переживанию состояний, выразить словами или передать невербально которое не представляется возможным, они имеют неспецифический характер «экстремальных состояний напряженности». Трудности в работе с болезненными эмоциями, особенно с чувством одиночества, могут стать одним из факторов для развития нервной

булимии. Одиночество, скука, стресс и унижения в семье способны спровоцировать эпизоды переедания с последующей рвотой.

Каждый этап булимического цикла или приступа компульсивного переедания, или навязчивых мыслей о лишнем весе при анорексии сопровождается целым спектром сильных негативных переживаний, которые либо осознаются и являются очень мучительными, либо избегаются и ощущаются как «напряжение», но все равно неразрывно сопровождают непосредственно процесс самого нарушения пищевого поведения. Часто напряжение переживается как ощущение пустоты, затягивающей и засасывающей, что сопряжено с переживанием страха или даже ужаса. Иногда наоборот эмоции и чувства переживаются очень остро, интенсивно. Настолько сильно, что кажутся невыносимыми, способными разрушить все, если дать им выход, и человека, и его близких, отношения, а иногда и разум. Или чувство может ощущаться как нечто отдельное, бесконтрольное, всесильное, заполняющее изнутри и лишаящее воли [2, с.189].

Иногда эмоции могут смешиваться с физическими ощущениями до состояния, когда их сложно разделить, и недовольство, и обида могут переживаться как голод или, например, нехватка воздуха. Часто также чувства могут искажаться и восприниматься неверно, например, агрессия или злоба может переживаться как обида, если агрессивные чувства считаются неприемлемыми или опасными. А ощущение фрустрации может переживаться как подавленность, грусть или печаль. Примеров можно привести еще больше.

Когда речь идет о расстройствах пищевого поведения как эмоциональных нарушениях, разговор идет о том, что при описанном выше эмоции находят себе путь через пищевое поведение. Такой путь через еду задается многими факторами. К сожалению, на сегодняшний день нет однозначных данных, которые бы позволили говорить о том, что изучение факторов расстройств пищевого поведения можно остановить и все однозначно ясно. Пока доказанными является влияние культуральных

факторов (пожалуй, именно на расстройства пищевого поведения они влияют в наибольшей степени в сравнении с другими нарушениями такого спектра), а также влияние семейного контекста и окружения. Также большое количество исследований подтверждает влияние ряда личностных особенностей, таких как физический перфекционизм и неудовлетворенность своей внешностью.

Работа с выявлением, осознанием и регуляцией переживаний, чувств и эмоций является центральным процессом при лечении расстройств пищевого поведения. Остальные мишени работы, такие как непосредственно пищевое поведение, самооценка, убеждения относительно значимости веса и фигуры не менее важны, но работа будет происходить по кругу, если избегать центральной «поломки».

Рассмотрим механизм появления и развития нервной булимии.

Негативный или травматический ранний опыт приводит к формированию убеждений, которые способствуют развитию и поддержанию булимии. Этот ранний негативный опыт может быть экстремальным, например, девушка могла пережить сексуальное, физическое или эмоциональное насилие, или менее экстремальным, например, в детстве она могла страдать от пренебрежения или невнимания[14].

Этот опыт, а также семейная стратегия обращения с едой и весом приводят к формированию двух основных типов убеждений: что поддержание низкого веса может обеспечить девушке принятие другими («Если я сброшу вес, я буду больше нравиться окружающим») и что оно может гарантировать ей самопринятие («Если я сброшу вес, то это будет означать, что я стоящий человек»). Обычно эти убеждения дополняются своими негативными противоположностями — «Если я наберу вес, окружающие не будут меня уважать» и «Если я наберу вес, я не смогу хорошо к себе относиться».

Когда с девушкой происходит какое-то неприятное событие, у нее активируется ее общее убеждение о самой себе - «Я не хороший, не

стоящий человек, неудачница». Эти мысли вызывают тревогу и негативные мысли о себе, связанные с весом и полнотой. Еда является для страдающих булимией способом снизить тревогу и облегчить переживание негативных мыслей.

М. Купер с коллегами обнаружила, что с булимией связано 4 важных категории автоматических мыслей: положительные мысли, связанные с тем, как еда может помочь пережить сложные эмоции (например, «Если я сейчас поем, мне станет легче» и «Если я сейчас не поем, то не смогу выдержать эти неприятные переживания»); отрицательные мысли, связанные с едой (например, «Я наберу вес и стану толстой»); мысли об отсутствии контроля (например, «Я не могу остановиться»); разрешающие мысли (например, «Я съем только один бисквит»).

Этим комплектом мыслей нервная булимия отличается от нервной анорексии, при которой отсутствуют положительные мысли о еде, связанные со способностью еды пережить неприятные эмоции, и от компульсивного переедания, при котором отсутствуют отрицательные мысли о еде, связанные со страхом набрать вес и потерять тем самым симпатию окружающих и собственное уважение.

Когда девушка переживает сложные эмоции, у нее активируются сначала положительные мысли, связанные с едой, которая может помочь ей пережить сложную ситуацию, затем разрешающие мысли и мысли об отсутствии контроля, тревога снижается, отрицательные эмоции уменьшаются, а затем срабатывают отрицательные мысли, связанные с едой, и девушка вызывает рвоту. Так круг замыкается [30].

Мейер и Уоллер в 1999 году выяснили, что девушки с булимией боролись с перееданием, особенно часто возникающими в период после разрыва отношений, что свидетельствует о наличии связи между чувством одиночества и компульсиями.

Долан, Либерман, Эванс, и Лейси в 1990 выяснили, что девушки, столкнувшиеся с булимией имели относительно холодные отношения с

родителями и родственниками, у таких женщин в дальнейшем наблюдаются проблемы в супружеских отношениях по сравнению с контрольной группой лиц. В этом исследовании женщины, столкнувшиеся с булимией, указали, что их родители не проводили много времени с ними и не знали их хорошо. В контрольной группе респонденты, отметили, что их родители были заинтересованы их жизнями и деятельностью.

Одиночество затрагивает не только межличностные отношения, но и качество этих связей. Это важный аспект, который стоит иметь в виду.

Девушки с булимией в сравнении с девушками с депрессией, имели более высокий уровень эпизодов сексуального насилия в детстве и чувствовал себя одиноким не смотря на то, что имели семью и друзей.

У девушек, которые в период реабилитации переходят на нормальный тип питания и сталкиваются с осуждениями со стороны окружающих, одиночество и ощущение социальной незащищенности становятся триггером для рецидива симптомов расстройств [41].

Кент, Уоллер и Дагнан рассматривают эмоциональное насилие, которое порой имеет скрытый характер и сложно выявляется среди подростков, как травмирующий фактор, на основании которого развиваются расстройства пищевого поведения в подростковом возрасте. Такой эмоциональный опыт может повредить самооценку и вылиться в ощущение незащищенности и уязвимости, что в дальнейшем может привести к неспособности выстраивать социальные контакты. Чувство одиночества, несмотря на то, что подростки, страдающие расстройствами пищевого поведения имеют семьи и друзей, протекает на значительно высоком уровне, вплоть до того, что такие подростки находятся на грани самоубийства.

Девушки, борясь с булимией, часто фокусируют повышенное внимание на привлекательных женских образах, испытывают зависть и углубляются в уже имеющееся у них чувство неполноценности. Девушки, страдающие булимией, склонны воспринимать привлекательных сверстниц как потенциальную угрозу. На этой почве таким девушкам сложно выстраивать

теплые доверительные отношения, что усугубляет их одиночество. Это отражает общую тенденцию к нарушенным межличностным отношениям, то, как пищевые расстройства могут влиять на эмоции людей, в частности на переживание одиночества [31].

Существует множество различных внешних раздражителей, которые могут вызвать булимические симптомы у людей, борющихся с пищевыми расстройствами любых типов. Девушкам свойственно потреблять много углеводов для «заедания стресса», эмоциональные переживания от потребления пищи используется в качестве «успокоительного», чтобы ослабить негативные эмоциональные состояния, такие как гнев, разочарование, одиночество и скука.

Корсторфин, Уоллер, Оханнян, и Бейкер в 2006 году обнаружили, что уровни гнева, фрустрации и одиночества, которые были высоки в начале эпизода переедания-очистки, не изменяются по окончании данного эпизода. Так пока лишь отдельные личности заявляют, что чувствуют некую пользу от подобных симптомов, которые помогают справиться с отрицательными эмоциями, достоверно не было выявлено, что ощущение одиночества изменяется после чистки. То, что кажется «положительным» в эпизодах переедания-очистки, подкреплено эффектом уменьшения голода, но это приводит к увеличению чувства вины, стыда и тревоги. Постепенно привыкают прибегать к очистке, фаза рвоты усиливается, усиливая и эти негативные эмоции, а также повышая уровень счастья и облегчения.

Восприятие межличностных отношений имеет решающее значение для концепции одиночества. Люди могут вести довольно уединенный образ жизни и не чувствовать себя одиноким, или они могут иметь много социальных связей и тем не менее чувствуют себя одинокими. Это может повлиять на людей, борющихся с расстройствами пищевого поведения, во многом. Как известно, оскорбления и издевки со стороны окружающих могут повлиять на расстройства пищевого поведения [36, с.416].

Флеминг и Якобсен показали, что студенты, которые сообщили, что издевались над другими, были более склонны, испытать чувство грусти, безнадежности, и одиночество, в отличие от студентов, которые не издеваются над окружающими. В рамках социальных отношений, издевательства и другие травмирующие события происходят, когда подростки чувствуют себя менее значимыми, а в последствии более одинокими. Кроме того, порой подростки с расстройствами пищевого поведения могут домысливать, переживать ситуации, происходившие с ними, что может повлиять на их социальные взаимодействия и подпитывать расстройства.

1.2. Проблема расстройств пищевого поведения и восприятия образа своего тела

Принято считать, что пищевое поведение человека можно оценивать либо как адекватное (нормальное, гармоничное), либо как девиантное. Девиантным пищевое поведение может быть определено по множеству совершенно разных причин. Например, вполне можно размышлять на тему количества потребляемой пищи тем или иным человеком, над важностью и ценностью приемов пищи для него, ритуалами или обычаям, которыми может сопровождаться процесс приема пищи, и заметить, что пищевое поведение у разных людей сильно отличается.

Конечно, не стоит называть что-то необычное и непривычное на первый взгляд нам, как девиацию. Существенное влияние на выработку стереотипов пищевого поведения оказывают этнокультурные факторы, особенно в период стресса [11, с.104].

Что такое пищевое поведение? Пищевым поведением принято называть ценностное отношение к пище и ее приему, стереотипы ежедневного питания и питания во время нахождения в стрессе. Так же под определение пищевого поведения попадает ориентация на образ собственного тела и действия по его

изменению. Стоит учитывать серьезное влияние на оценку адекватности пищевого поведения транскультурных особенностей человека, ведь в разных культурах приему пищи отдают разную значимость. Например, в восточной психологической модели ценностей, питание является одной из основных, в некоторых восточных культурах существует собственный образ красоты человеческого тела, понятный не всем в модели европейской. Как правило, в восточных культурах человек считается привлекательнее и здоровее, если он упитан, плонуват. Иными словами: человек с хорошим аппетитом – человек приятный.

Нормальным пищевым поведением в период стресса считается повышение аппетита и усиленное питание и такое явление как «заедание стресса».

В нашей культуре принято считать человека в высшей степени гостеприимным, если он предоставляет угощения, продукты питания. Следовательно, существует некая связь между оценочным восприятием людей по их модели пищевого поведения [24, с.214].

В психологической модели ценностей на Западе само по себе питание не является ценностью, а гостеприимство не подразумевает обязательный процесс питания, поскольку на Западе ценностью оказывается контроль за питанием, ориентация на иные стандарты привлекательности и красоты — стройность, худоба, спортивность в противовес упитанности в рамках восточной модели.

В связи с тем, что существуют подобные транскультурными полярности мировоззрений, при оценке девиантного (т.е. отклоняющегося) пищевого поведения обязательно нужно учитывать этнокультурные особенности и стереотипы пищевого поведения окружающих.

Основными нарушениями пищевого поведения в настоящее время считаются нервная анорексия и нервная булимия. Общим для них является то, что лица, у которых наблюдаются эти нарушения, чрезмерно озабочены контролем веса своего тела, имеют искаженные представления об образе

своего тела, предпринимают попытки его изменить, питание для таких лиц не представляет ценности, а напротив «является причиной их бед». Нервная анорексия представляет собой расстройство, которое характеризуется направленным снижением веса, которое иницируется и поддерживается самим индивидом.

Как правило, отказ от пищи связан с недовольством своей внешностью, избыточной, по мнению самого человека, полнотой. Если брать в расчет тот факт, что определение критериев полноты и стройности в достаточной мере затруднено из-за различий субъективных особенностей восприятия красоты, этнокультурных особенностей оценки эстетического компонента, стоит говорить о важности критерия адекватности или неадекватности восприятия собственного тела. Данное явление имеет свое название – дисморфоманический синдром. Однако нервная анорексия вполне может сформироваться и вне этого синдрома. М.В. Коркина выделяет четыре стадии нервной анорексии: 1) инициальная стадия; 2) стадия активной коррекции, 3) кахексии и 4) стадия редукции синдрома [13, с.79].

На первой, инициальной стадии, обычно выражается большое недовольство избыточной полнотой отдельных частей тела (бедер, рук, живота, щек), либо всей фигуры (только по мнению самого индивида). Формируется ориентация на вымышленный идеал, стремление к похуданию с целью подражания этому идеалу.

Следующая стадия - активной коррекции, когда для окружающих становится заметно девиантное пищевое поведение индивида, началась потеря веса, и индивид продолжает прибегать к разным способам похудения. Конечно же, самым простым и распространенным является ограничительный стереотип пищевого поведения, когда анорексик начинает исключать из своего рациона высококалорийные продукты, соблюдает строгую диету, прибегает к голоданиям, начинает использовать различные физические упражнения, изнуряет себя тренировками, принимает слабительные и мочегонные средства, прибегает к использованию клизм, искусственному

вызову рвоты, для того, чтобы освободить желудок после еды. Питание больше не представляет ценности, при этом индивид не способен контролировать свое речевое поведение и склонен постоянно возвращаться к теме похудения, диет и т.п. в общении.

На стадии кахексии часто появляются признаки дистрофии: снижение массы тела, сухость и бледность кожных покровов и иные симптомы, дающие окружающим понять, что у данного индивида что-то не так со здоровьем [16, с.35].

Диагностическими критериями нервной анорексии являются: 1) снижение на 15% и сохранение на сниженном уровне массы тела или достижения индекса массы тела в 17,5 баллов (индекс определяется соотношением веса тела в килограммах к квадрату роста в метрах); 2) искажение образа своего тела в виде страха перед ожирением; 3) намеренное избегание пищи, способной вызвать увеличение массы тела.

Нарушение пищевого поведения по типу нервной анорексии встречается, как правило, при двух типах девиантного поведения: патохарактерологическом и психопатологическом.

В рамках патохарактерологического типа нарушения пищевого поведения обусловлены особенностями характера человека, особенностями его реагирования на критику или одобрение со стороны окружающих, при психопатологическом типе синдром нервной анорексии формируется на базе иных психопатологических расстройств (дисморфоманического, ипохондрических симптомов) в структуре шизофренических или иных психотических расстройств [18, с. 221].

Нервная булимия характеризуется повторяющимися приступами переедания, зависимостью от пищи, невозможностью даже короткое время обходиться без еды и высокой озабоченностью контролем веса своего тела, что подталкивает человека идти на крайние меры, а именно к искусственному очищению, чтобы избежать возможности потолстеть от какой-либо пищи.

Такой индивид ориентирован на пищу, зависим от пищи, он планирует собственную деятельность, исходя из возможности принять пищу в нужное время и в необходимом для него количестве. Для лиц с нервной булимией эта сторона жизни выходит на передний план, подминая под себя все другие ценности. Однако стоит отметить двоякое отношение к приему пищи: желание есть в больших количествах сочетается с негативным, самоуничижающим отношением к себе и своей «слабости».

Существуют диагностические критерии для выявления нервной булимии: а) озабоченность едой и сильная тяга к пище даже в условиях ощущения сытости; б) попытки не допустить ожирения после больших количеств съеданной пищи при использовании таких приемов, как вызывание рвоты, злоупотребление слабительными средствами, как альтернатива - периоды голодания, угнетение аппетита искусственно при помощи специальных препаратов; в) навязчивый страх ожирения. Из клинических описаний видно, что нервная анорексия и нервная булимия имеют ряд общих черт, следовательно, можно говорить о некоем едином комплексе нарушений пищевого поведения. Однако, стоит заметить, что нервная булимия, в отличие от анорексии, может входить в структуру аддиктивного типа девиантного поведения. В случаях, когда отказ от пищи выступает в роли болезненного сопротивления окружающей реальности (что является параметром патохарактерологического и психопатологического типов отклоняющегося поведения), непреодолимое желание принимать пищу может отражать как противостояние (например, снятие симптомов тревоги или депрессии при наличии невротических расстройств), так и уход от реальности и окружающей действительности [18, с.317].

Аддиктивный тип поведения характеризуется повышением ценности процесса питания, в свою очередь переедание становится единственным удовольствием в грустной, неяркой жизни. Человек выбирает для себя питание как альтернативу обыденности и повседневной жизни, которая имеет свои требования, в которой у каждого есть свои обязанности, правила,

запреты. У такого человека на почве вышесказанного формируется проявления «искателя острых ощущений». А именно - изменения пищевого поведения. Например, такой индивид может получать новые непривычные ощущения от количества и качества пищи, сочетания несочетаемых ингредиентов (огурцов с медом, торта с горчицей). Мотивом подобных экспериментов - бегство от суровой реальности в мир иллюзорного счастья от пищевого удовольствия.

Еще одна разновидность нарушений пищевого поведения — желание поедать несъедобные предметы. Чаще, такой тип нарушенного пищевого поведения встречается лишь при психических заболеваниях или грубой патологии характера, хотя не исключено, что паталогия возникает в рамках делинквентного поведения, например, с целью симуляции соматической болезни для получения в дальнейшем какой-либо выгоды.

При психопатологическом типе девиантного поведения встречаются, к примеру, поедание испражнений, ногтей, при делинквентном — заглатывание мелких металлических предметов (монет, булавок, гвоздей). Извращение вкуса как нарушение пищевого поведения встречается при многих физиологических состояниях человека. Например, у беременных женщин появляется тяга к очень острой, соленой пище или определенному конкретному блюду, иногда состоящему из совсем несовместимых продуктов. Изменение отношения к ряду продуктов с дальнейшим формированием измененного пищевого поведения случается при заболеваниях головного мозга [20, с.229].

Рассмотрим исторические данные, которые позволят более проследить развитие расстройств и изменение отношения к ним.

Историю изучения нарушений пищевого поведения в 1689 году начал врач Мортон. Он описал случай нервной анорексии, назвав это явление «нервная чахотка». Принято считать, что в те времена развитие анорексии провоцировалось культом аскетизма, который широко проповедовала христианская церковь. Большинство людей стремились соблюдать строгие

посты и обеты, что, конечно же, касалось молодых и зачастую экзальтированных девушек. Мортон описал такой случай: у восемнадцатилетней девушки начало замечаться подавленное настроение, после пропал аппетит, потом она начала искусственно вызывать у себя рвоту, перестала интересоваться своим внешним видом. Спасти эту девушку, к сожалению, Мортон не смог, поскольку вскоре у неё наступила смерть от истощения. Это описание заболевания достаточно обосновано дает понять, почему нервную анорексию называют хронической формой самоубийства [21, с. 43].

В книге М.В. Коркиной «Нервная анорексия» говорится, что начало интенсивного изучения нервной анорексии связано с работами W. Gull (1868), Ch. Lasague (1873), которые почти одновременно и независимо друг от друга опубликовали статьи о ней. W. Gull предложил термин «нервная анорексия» (*anorexia nervosa*). Во французской литературе чаще используется термин *anorexie mentale*, в немецкой – *pubertatsmagersucht*. В России одна из первых публикаций на эту тему принадлежит А.А. Киселю в 1894 г. он описал нервную анорексию истерического генеза у 11-летней девочки [15, с. 32].

Приведенные выше примеры показывают, что случаи патологического добровольного истощения фиксировались в медицинских и научных источниках уже с XVII в., причинами их возникновения считались депрессия, истерия, личностные предпосылки и стремление к святости. Но, если о причине возникновения нервной анорексией в прошлом существует четкое обоснование, связываемое с христианской церковью, то история булимии весьма интересна, хоть и нельзя утверждать, что древние упоминания о булимических симптомах связаны с тем, что мы называем булимией сегодня.

Термин «булимия» составлен из двух греческих слов *bous* — бык и *limos* — голод. Упоминания о булимическом поведении встречается в античных текстах и всегда связано с сильным голодом и поглощением большого количества пищи. Древние египтяне вызывали рвоту специально,

но, вероятно, это не было связано с желанием освободиться от пищи после эпизода переедания.

История булимии связана с термином «кинорексия», который использовался в Античности и Средние века. Кинорексия — это ненасытный голод, как у собаки (откуда и название). Так называлось поведение, при котором человек терял контроль, поглощал сразу очень много пищи, и вызывал рвоту, чтобы избежать разрыва желудка. Как только людям, страдающим кинорексией, предоставлялась возможность они повторяли такое поведение. Как и современная булимия, кинорексия предполагала потерю контроля над чувством голода и насыщения, искусственное вызывание рвоты.

Булимия, как симптом, впервые была описана в Средние века, до наших дней дошло описание нескольких случаев. В этих историях булимии основное внимание уделено невероятно сильному чувству голода, а не чередованию переедания и очищения, что определяет сегодняшнее понимание этого заболевания [9, с.97].

Гален во втором веке нашей эры описывал симптомы булимии как чрезмерное поглощение пищи, обморок, бледность, холодные конечности, слабость пульса. В это описание не включались вызывание рвоты или какие-либо психологические особенности отношения к собственному телу и весу.

В XVIII веке были предприняты первые попытки классификации пищевых расстройств. К XIX веку было описано всего около 15 историй булимии. Некоторые из этих случаев включают черты, характерные для заболевания, которое мы называем булимией сегодня: например, быстрое поглощение пищи, ночное переедание, еда украдкой, нормальный вес, эпизоды вызывания рвоты. Лечение касалось, в основном, соматических симптомов, было известно несколько случаев излечения, несколько хронических случаев и несколько смертей (одна вследствие самоубийства).

Связь булимии с психологическими особенностями больного начали замечать в начале XVII века. В конце XIX — начале XX века булимия

воспринималась как форма невроза, то есть психическое расстройство. Тогда же, в связи с булимией, начали упоминаться тревожные расстройства, связанные с весом и телесным обликом. Появилось видение связи между искусственным вызыванием рвоты и страхом поправиться, и другими поведенческими проявлениями при булимии: отвращение к телу, депрессия, стыд и вина после переедания.

В XX веке стало публиковаться больше описаний случаев, в частности часто упоминаемый случай Еллен Вест, описанный Л. Бинсвагнером в 1944 году.

Во второй половине XX века эпизоды переедания и вызывание рвоты после них изучались в контексте нервной анорексии, и только в 1979 году нервная булимия стала независимым от анорексии заболеванием.

Дж. Расселл дал современное определение нервной булимии. В 1979 году он опубликовал описание 30 случаев нервной булимии. Упомянутые в этих описаниях пациенты наблюдались им на протяжении 6 лет, и демонстрировали в своем поведении три главных симптома: непреодолимое желание переест, искусственное вызывание рвоты и сильный страх растолстеть. Большинство из них, хотя и не все, страдали раньше нервной анорексией, однако во время описания случаев имели нормальный вес. У больных наблюдались навязчивые и искаженные мысли о полноте и размере их тела.

Расселл был весьма пессимистичен относительно прогнозов излечения, большинство больных почти не показывали никаких результатов в лечении. Часть из них была в глубокой депрессии, с риском суицида. В качестве лечения Расселл предлагал преодоление порочного круга переедания и вызывания рвоты, антидепрессанты, электрошоковую терапию, бихевиоральную психотерапию (поскольку, одним из первых, причины болезни он видел в эмоциональных проблемах пациента). Расселл так же отмечал, что часто больные были склонны бросать лечение.

История булимии характеризуется множеством названий этой болезни, в том числе булимарексия, переедание-вызывание рвоты и синдром пищевого хаоса. Однако название «нервная булимия» закрепилось и используется в международной классификации болезней с 1992 года [31, с.119].

1.3. Психологическая специфика нервной анорексии и нервной булимии

Булимия и анорексия — это две разные формы нарушения пищевого поведения. Разница между булимией и анорексией в том, что при анорексии ограничения в еде практикуются постоянно, а при булимии ограничения в еде и очищение чередуются с эпизодами компульсивного переедания.

Булимия часто наступает после анорексии, когда лечение последней приводит к некоторому промежуточному результату. В отличие от анорексии, булимия хоть и вредит здоровью (портятся желудок и зубы), но не является смертельно опасной. И булимия, и анорексия, как правило, не сопровождаются лишним весом и полнотой. Девушки, страдающие булимией, также худенькие или нормального телосложения.

С точки зрения психологии булимия отличается от анорексии большей определенностью границ «Я» девушки. Больные булимией, как правило, меньше привязаны к матери и пользуются полной или почти полной финансовой и эмоциональной независимостью от своей семьи.

Полнота хоть и является для девушек, страдающих нервной булимией, страшной перспективой, но она не равносильна потере своего «Я», как у девушек, страдающих нервной анорексией. Поэтому булимия, несмотря на то, что это очень мучительное и тягостное расстройство, не так опасна, как анорексия.

Стратегия психотерапевтического лечения анорексии и булимии в целом похожа, но имеет ряд отличий. При анорексии самое большое

внимание должно уделяться способам защиты своего «Я», отстаивания своих интересов и сепарации от матери [33].

Чаще всего при достижении результатов в психотерапии девушка начинает есть и больше не может воздерживаться от еды так, как раньше. Поскольку негативный образ «толстой себя» остается и все еще пугает, а другие способы успокоить себя и быть довольной собой еще не найдены, то периоды ограничения в еде чередуются с периодами компульсивного переедания, когда организм пытается добрать ресурсы, недополученные во время голодовки. Затем недовольство собой и чувство вины приводят к очередному периоду воздержания, который в свою очередь закономерно заканчивается приступом переедания.

Дальнейшее психотерапевтическое лечение булимии заключается в залечивании психологических травм, преодолении нарушений привязанности (как правило, избегающей привязанности), изменении к лучшему отношений с другими людьми и в научении эффективной эмоциональной саморегуляции [40, с.143].

Стоит отметить главное отличие нервной булимии от нервной анорексии, которое заключается в том, что расстройство анорексического типа развивается на идее коррекции фигуры и веса, в то время как булимический тип пищевого поведения развивается на нежелании поправиться.

Нервная анорексия — синдром, относящийся к так называемой неспецифической патологии пубертатного и юношеского возраста.

Нервная анорексия - представляет собой сознательный отказ от пищи, чаще с целью контроля своего веса и коррекции внешности в связи с искаженным восприятием образа своего тела и уверенностью в чрезмерной полноте. Это расстройство приводит к развитию тяжелых вторичных заболеваний, сильно выраженному похуданию, часто вплоть до кахексии и наступления аменореи, которая, стоит отметить, является одним из основных клинических проявлений, развивающихся при длительной пищевой недостаточности.

Поскольку на ранних этапах расстройство тщательно скрывается индивидом, целенаправленное и систематическое ограничение пищи приводит к тому, что получить квалифицированную помощь больные могут лишь спустя 3 - 4 года, иногда и более, от начала интенсивного направленного похудения, как правило, в клинику такие лица попадают уже в состоянии выраженной кахексии, со стойкой аменореей. Тяжесть вторичных соматоэндокринных нарушений требует особого внимания и стационарного лечения [17, с.28].

Поскольку на первых порах расстройство протекает почти незаметно, даже доктора не всегда могут определить у девушки, пришедшей к ним на прием, нарушение пищевого поведения. Более 80 % больных до обращения к психиатру неоднократно наблюдались и безуспешно лечились терапевтами, гастроэнтерологами, эндокринологами или гинекологами по причине развивающихся вторичных соматоэндокринных расстройств.

В период сформировавшегося синдрома нервной анорексии дефицит массы тела при выраженной кахексии составляет 30—50 % и более от массы тела до заболевания.

Разберем подробнее динамику нервной анорексии, условно можно выделить 4 этапа: 1) первичный, инициальный; 2) аноректический; 3) кахектический; 4) этап редукции нервной анорексии.

Клиническая картина первого этапа, как правило, обходится особым вариантом синдрома дисморфомании. Особенность данного синдрома при нервной анорексии - относительно низкая выраженность идей отношения к образу своего тела при особенно интенсивной деятельности по коррекции своего мнимого физического недостатка. Навязчивые идеи о своём физическом недостатке содержат в себе крайнюю убежденность в излишней полноте, подросткам с анорексическим расстройством могла не нравиться либо их «через чур толстая фигура» в целом, либо ее отдельные части, такие как «круглые щеки», «толстый живот», «округлые бедра» [17, с.72].

Стоит заметить, что недовольства собственной внешностью, как правило, совпадают с реальным изменением форм тела, типичным для пубертатного возраста. Мысли об излишней полноте у подростков могут быть как сверхценными, так и бредовыми. Фанатичная убежденность в чрезмерной полноте иногда сочетается с периодически появляющимися патологическими идеями о других мнимых или же крайне переоцениваемых недостатках внешности (например, форма носа, ушей, щек, губ).

Формирование расстройства чаще всего вызвано несоответствием подростка, по его мнению, собственному «идеалу» — то может быть литературный герой или человек из ближайшего окружения, девочки-подростки часто одурманены своим стремлением подражать ему во всем и прежде всего иметь похожую на него внешность и фигуру. Мнение окружающих о внешности для такого подростка имеет в разы меньшее значение.

Сензитивность подростков приводит к тому, что пусковым механизмом стремления к «коррекции» фигуры становятся неосторожные, порой резкие замечания педагогов, родителей, сверстников [19, с.223].

Аффективные нарушения — при данной патологии, как мы уже отметили ранее, также имеют место быть особенностью протекания нервной анорексии. Депрессивные расстройства выражены неярко, а, если появляются на более поздних этапах развития расстройства, то тесно связаны со степенью эффективности направленного изменения внешности, проводимой больными.

Возможность коррекции мнимого или реального физического недостатка находится в руках самого больного, и он всегда теми или иными способами реализует ее, это явление можно отнести к числу главных особенностей дисморфомании при нервной анорексии.

Первый этап нервной анорексии длится от 2 до 4 лет после чего на смену ему приходит второй этап, на котором синдром нервной анорексии приобретает клиническую завершенность.

Второй этап начинается с активного стремления к коррекции веса и условно заканчивается крайним похуданием на 20 - 50 % исходной массы, развитием вторичных сопутствующих заболеваний.

Способы похудения могут быть весьма разнообразными и изощренными и тщательно скрываются в начале коррекции мнимой избыточной полноты. На начальных этапах изменения своей фигуры, подростки прибегают к большим физическим нагрузкам, активные занятия спортом больные сочетают с ограничением количества пищи, а иногда и полным отказом от нее. В дальнейшем способ похудения может изменяться в зависимости от характера и выраженности «дефекта внешности», а также особенностей личности, например, могут использоваться «очистительные» методы, но ведущее место занимает ограничение в еде.

Сокращая объем пищи, больные вначале исключают ряд продуктов, богатых углеводами или белками, а затем начинают соблюдать жесточайшую диету и едят преимущественно молочно-растительную пищу. Наряду с ограничением пищи к более адекватным методам относятся, как уже отмечалось, и физические упражнения. При недовольстве такими частями тела, как живот, бедра, больные одновременно со строгой диетой до изнеможения занимаются специально разработанными физическими упражнениями — делают все стоя, много ходят, сокращают сон, стягивают талию поясками или шнурами с тем, чтобы пища «медленнее всасывалась». Упражнения типа «сгиб — разгиб» при нарастающем похудении порой настолько интенсивны, что приводят к травмированию кожи в области крестца, лопаток, по ходу позвоночника, на месте стягивания талии. Чувство голода может отсутствовать в первые дни ограничения в еде, но чаще достаточно выражено уже на ранних этапах, что существенно препятствует собственно отказу от еды и требует от больных поисков иных способов похудения. К ним относятся прием слабительных, нередко в очень больших дозах, реже применение клизм. Эти меры могут привести к слабости сфинктера, выпадению прямой кишки, порой весьма значительному [17].

Другим весьма распространенным способом похудения при выраженности чувства голода является искусственно вызываемая рвота. Выбор этого метода чаще всего носит сознательный характер, хотя иногда больные приходят к нему случайно: не удержавшись от желания есть, они съедают сразу очень много пищи, а затем из-за переполнения желудка не могут ее удержать. Возникшая рвота и приводит больных к мысли есть в достаточном количестве и быстро освобождаться от пищи, пока не произошло всасывания, с помощью искусственной рвоты. Вначале некоторые больные жуют, а затем сплевывают пищу, заставляя комнату пакетами и банками с пережеванной едой [17, с.63].

На более ранних этапах рвотный акт сопровождается характерными вегетативными проявлениями и доставляет больным неприятные ощущения. В дальнейшем при частом вызывании рвоты эта процедура упрощается: больным достаточно сделать отхаркивающее движение или просто наклонить туловище, нажать на эпигастральную область и вся съеденная пища выбрасывается без тягостных вегетативных проявлений. Больные называют это «срыгиванием». Вначале они тщательно сравнивают количество съеденной пищи и рвотных масс, прибегают к неоднократному промыванию желудка — после первой рвоты, выпивая до 2—3 л воды, в отдельных случаях это производится с помощью зонда. Искусственно вызываемая рвота у ряда больных неразрывно связана с приступами булимии. Булимия представляет собой непреодолимый голод, практически отсутствие чувства насыщения, при этом больные могут поглощать очень большое количество пищи, нередко даже малосъедобной.

Таким образом, патология пищевого поведения формируется в следующей последовательности: вначале больные ходят по магазинам и «зрительно наедаются», с этой же целью стремятся готовить пищу, испытывая при этом большое удовольствие, слизывают остатки пищи с ножей и ложек. Характерной особенностью этих больных нередко является стремление «закармливать» близких, прежде всего младших братьев и сестер.

Следующий этап борьбы с голодом — это жевание и сплевывание, далее — искусственно вызываемая рвота, в ряде наблюдений в дальнейшем связанная с приступами булимии.

Весь день больные голодают, постоянно думая о еде, представляя себе все нюансы предстоящего приема пищи. Таким образом, мысли о еде становятся навязчивыми. Закупив большое количество продуктов, больные возвращаются домой, накрывают стол, нередко красиво его сервируют, и начинают еду с наиболее вкусной пищи, чтобы получить удовольствие. Однако они не могут остановиться и поедают всю пищу, имеющуюся в доме [22, с.307].

Утрата чувства меры, контроля за количеством и качеством съедаемого весьма характерна для булимии. Некоторые больные заготавливают себе целые баки малосъедобной пищи, чтобы обеспечить «жор». Съедая огромное количество пищи, больные испытывают эйфорию, у них бывают вегетативные реакции. Вслед за этим они искусственно вызывают рвоту, промывают желудок большим количеством воды. Наступает ощущение «блаженства», необыкновенной легкости во всем теле, подкрепляемой уверенностью в том, что организм полностью освобожден от пищи (светлые промывные воды без привкуса желудочного сока). Описанное патологическое пищевое поведение на аноректическом этапе представляет собой по существу патологию влечения [30, с.76].

К пассивным способам похудения следует отнести также использование ряда медикаментозных средств, снижающих аппетит, а также психостимуляторов. С целью похудения больные начинают много курить, пьют в больших количествах черный кофе, используют мочегонные средства.

Подобное пищевое поведение приводит к снижению массы тела. Похудение сопровождается постепенным нарастанием вторичных соматоэндокринных изменений. В среднем, через 1—2 года от начала «коррекции» предполагаемой избыточной полноты наступает аменорея.

Клиника психических нарушений на этом этапе заболевания, кроме активной «коррекции» внешности, — включает в себя боязнь поправиться, что и приводит больных к дальнейшему похудению. Каждый съеденный кусок вызывает у больных тревогу. Имеется аффективная неустойчивость, причем настроение в значительной степени зависит от того, насколько успешно идет «коррекция» внешности; любая, даже незначительная, прибавка массы тела сопровождается резким снижением настроения. Сложные внутрисемейные отношения в связи с неправильным пищевым поведением больных становятся психотравмирующим фактором, также вызывающим патологические реакции на создавшуюся ситуацию. Таким образом, в формировании аффективной патологии на этом этапе заболевания ведущая роль принадлежит психогенным факторам. На фоне нарастающей кахексии идеи отношения в значительной степени редуцируются, а нередко даже практически отсутствуют [17, с.65].

Важное место в клинической картине заболевания занимают ипохондрические расстройства. Вторичные гастроэнтероколиты, опущение практически всех внутренних органов и прежде всего гастроэнтероптоз, развивающиеся в результате ограничения в еде или неправильного пищевого поведения, сопровождаются болями в области желудка и по ходу кишечника после приема пищи, упорными запорами. Происходит фиксация больных на неприятных ощущениях в желудочно-кишечном тракте. Типичный для этого этапа нервной анорексии страх перед едой обусловлен не только боязнью поправиться, но и возможностью появления тягостных ощущений в эпигастральной области. К психопатологическим расстройствам этого периода относятся своеобразные навязчивые явления. Они неразрывно связаны с дисморфоманическими переживаниями и проявляются в виде навязчивого страха перед едой, ожидания появления чувства сильного голода, необходимости вызывать рвоту, а также навязчивого подсчета калорий, содержащихся в съеденной пище.

На аноректическом этапе нервной анорексии заостряются имевшиеся до заболевания психопатические черты характера. Нарастают эксплозивность, эгоизм, чрезмерная требовательность, больные становятся «тиранами» в собственных семьях. Несмотря на значительное похудение, выраженность вторичных соматоэндокринных сдвигов, у больных практически отсутствует физическая слабость, они оставались очень подвижными, деятельными, работоспособными. Долгое отсутствие у больных нервной анорексией астенических явлений в виде физической слабости, сохранение большой двигательной активности служит важным диагностическим критерием, прежде всего для исключения первичной соматической патологии [37, с.475].

Клиническая картина болезни на аноректическом этапе нередко включает в себя также вегетативные расстройства в виде приступов удушья, сердцебиения, головокружения, усиленной потливости. Пароксизмальные вегетативные расстройства чаще возникают спустя несколько часов после приема пищи. Длительное целенаправленное ограничение в еде, а также другие формы особого пищевого поведения приводят, как правило, к значительному похуданию (50 % и более) и к кахексии — третьему этапу заболевания.

В этот период болезни в клинической картине преобладают соматоэндокринные нарушения. После наступления аменореи похудание значительно убыстряется. У больных полностью отсутствует подкожная жировая клетчатка, нарастают дистрофические изменения кожи, мышц, развивается миокардиодистрофия, а также имеют место брадикардия, гипотония, акроцианоз, снижение температуры тела и эластичности кожи, уменьшается содержание сахара в крови, появляются признаки анемии. Больные быстро мерзнут, отмечается повышенная ломкость ногтей, выпадают волосы, разрушаются зубы [17, с.70].

В результате длительного нарушения питания, а также (у ряда больных) особого пищевого поведения утяжеляется клиническая картина

гастрита и энтероколита. На этом этапе физическая активность, характерная для более ранних стадий нервной анорексии, значительно снижается. Ведущее место в клинической картине занимает астенический синдром с преобладанием адинамии и повышенной истощаемости.

В период выраженной кахексии больные полностью утрачивают критическое отношение к своему состоянию и по-прежнему продолжают упорно отказываться от еды. Будучи крайне истощенными, они нередко утверждают, что у них имеется избыточная масса тела или бывают довольны своей внешностью. Иными словами, имеется бредовое отношение к своей внешности, в основе чего, по-видимому, лежит нарушение восприятия собственного тела [16].

На фоне выраженной астении периодически могут возникать деперсонализационные и дереализационные явления. По мере нарастания кахексии больные становятся малоподвижными, залеживаются в постели, у них имеются упорные запоры, значительно снижается артериальное давление. Выраженные водно-электролитные сдвиги могут приводить к развитию болезненных мышечных судорог, иногда возможны полиневриты. Такое состояние без медицинской помощи может иметь летальный исход.

Обычно в состоянии тяжелой кахексии по витальным показаниям, нередко насильственным путем, поскольку больные не понимают серьезности своего положения, их госпитализируют. Следует особенно подчеркнуть, что нередко в связи с диссимуляцией больные оказываются под наблюдением врачей разных специальностей, им устанавливают ошибочные диагнозы, в том числе: болезнь Симмондса, болезнь Килина, синдром Шиена. Адекватное лечение они начинают получать только после консультации психиатра, в условиях психиатрического стационара.

На кахектическом этапе клиническая картина бедная, однообразная и практически однотипная для всех вариантов синдрома нервной анорексии любой нозологической принадлежности. Явления дисморфомании на этапе кахексии теряют прежнюю аффективную насыщенность, способы похудения

ограничиваются лишь тщательно разработанной диетой, а в ряде случаев — приемом слабительных и рвотой [17, с.83].

Упорный отказ от еды на стадии кахексии в связи с непониманием больными тяжести своего состояния и боязнью поправиться создает большие трудности для лечения этого крайне тяжелого состояния. Больные не только боятся, но и не могут нормально питаться из-за патологии желудочно-кишечного тракта. Это требует комплексной терапии, включающей частое дробное питание. При этом даже при самой тщательно разработанной системе пищевой реабилитации возможно временное появление отеков.

В период выведения из кахексии ведущее место в клинической картине принадлежит — астенической симптоматике, страху поправиться, фиксации на патологических ощущениях со стороны желудочно-кишечного тракта. При незначительной прибавке массы тела вновь актуализируется дисморфомания, появляется стремление к «коррекции» внешности, нарастает депрессивная симптоматика [13, с.563].

По мере улучшения соматического состояния физическая слабость быстро исчезает, больные вновь становятся крайне подвижными, стремятся выполнять сложные физические упражнения, могут прибегать к большим дозам слабительных средств, после кормления пытаются вызвать рвоту. Все это требует тщательного надзора за больными в стационаре. За 1—2 месяца при правильном лечении больные полностью выходят из кахексии, — набирая от 9 до 15 кг, однако нормализация менструального цикла требует значительно большего времени (6 месяцев — 1 год от начала интенсивного лечения). До восстановления менструаций психическое состояние характеризуется неустойчивостью настроения, периодической актуализацией дисморфоманических явлений, эксплозивностью, склонностью к истерическим формам реагирования. В течение первых 2 лет возможны выраженные рецидивы синдрома, требующие стационарного лечения. Этот этап следует рассматривать как редукцию синдрома.

Наряду с типичным вариантом нервной анорексии в клинической практике встречаются разновидности этой патологии, при этом симптоматика наиболее отличается от типичной на преданоректическом этапе. Это прежде всего касается причин отказа от еды.

Самоограничение в еде может быть обусловлено боязнью подавиться пищей или опасением возникновения рвоты в общественном месте при наличии зафиксировавшейся рвотной реакции.

Несмотря на значительное похудение в связи с ограничением приема пищи, у этих больных редко наступает аменорея. Истощение, как правило, не достигает до кахексии. Вместе с тем на более отдаленных этапах заболевания у этих больных может формироваться особое отношение к своей внешности без желания поправиться, несмотря на дефицит массы тела [13, с.571].

Кроме того, отказ от еды может иметь бредовые мотивы, не касающиеся внешности больного. Чаще всего это ипохондрический бред («не так усваивается пища», содержащиеся в пище вещества «нарушают обмен веществ, портят кожу» и т. д.).

Для формирования синдрома нервной анорексии необходим ряд условий, как социальных, так и биологических. Важная роль в развитии нервной анорексии принадлежит наследственности, экзогенным вредностям в первые годы жизни, особенностям личности, микросоциальным факторам (роль семьи) [17, с.14].

В формировании синдрома нервной анорексии может быть неоднозначной и роль аффективной патологии. В ряде случаев депрессивный синдром становится первым клиническим проявлением заболевания, и дисморфофобические и дисморфоманические расстройства являются его составной частью.

При таком варианте начала заболевания клинические признаки депрессии достаточно выражены, хотя нередко и не получают полной синдромальной завершенности. Аффективные колебания, сниженный фон

настроения, падение работоспособности, психической активности определяют инициальный период заболевания в этих наблюдениях [17, с.22].

Нервная анорексия в связи с большим клиническим сходством симптоматики на инициальных стадиях различных заболеваний вызывает большие диагностические трудности.

Очень важно подчеркнуть тот факт, что при правильной своевременной диагностике синдрома нервной анорексии и адекватной терапевтической тактике может быть получен достаточный лечебный эффект даже в амбулаторных условиях. Улучшение психического состояния обеспечивает быструю обратную динамику развивающихся вторичных соматоэндокринных сдвигов, благодаря чему синдром не получает клинической завершенности, прежде всего это касается соматического и эндокринного состояния; соматоэндокринные сдвиги не доходят до стадии кахексии [13, с.604].

1.4. Возрастно-психологические особенности девушек в подростковом возрасте

Подростковый возраст знаменуется бурным психофизиологическим развитием и перестройкой социальной активности ребенка. К сожалению, в психологической литературе нет единого мнения о возрастных границах этого периода. Некоторыми принято считать подростками детей 11 – 15 лет, кто-то характеризует данный период возрастными рамками 12 – 18 лет.

Мощные сдвиги, происходящие во всех областях жизнедеятельности ребенка, делают этот возраст «переходным» от детства к взрослости. Данный возраст богат драматическими переживаниями, трудностями и кризисами. В этот период складываются, оформляются устойчивые формы поведения, черты характера, способы эмоционального реагирования, это пора достижений, стремительного наращивания знаний, умений, становление «Я», обретение новой социальной позиции. Вместе с тем, это возраст потерь

детского мироощущения, появление чувства тревожности и психологического дискомфорта [1, с.223].

Подростковый возраст часто называют периодом диспропорций в развитии. В этом возрасте увеличивается внимание к себе, к своим физическим особенностям, обостряется реакция на мнение окружающих, повышается чувство собственного достоинства и обидчивость. Физические недостатки часто преувеличиваются [29, с.116].

Наиболее важным моментом психофизиологического развития подростка является половое созревание и половая идентификация, которые являются двумя линиями единого процесса психосексуального развития. На психофизиологическом уровне подростки могут испытывать дискомфорт от: неустойчивости эмоциональной сферы; особенностей высшей нервной деятельности; высокого уровня ситуативной тревожности [38, с.146].

Особенности развития познавательных способностей подростка часто служат причиной трудностей в школьном обучении: неуспеваемость, неадекватное поведение. Успешность обучения во многом зависит от мотивации обучения, от того личностного смысла, которое имеет обучение для подростка. Основное условие всякого обучения — наличие стремления к приобретению знаний и измерению себя и обучающегося. Но в реальной школьной жизни приходится сталкиваться с ситуацией, когда подросток не имеет потребности в обучении и даже активно противодействует обучению.

Знание особенностей познавательной сферы подростка очень важно, потому что при обучении воспитании эти особенности нужно обязательно учитывать.

Восприятие является чрезвычайно важным познавательным процессом, который тесно связан с памятью: особенности восприятия материала обуславливают и особенности его сохранения [8, с.516].

Внимание в подростковом возрасте является произвольным и может быть полностью организовано и контролируемо подростком. Индивидуальные колебания внимания обусловлены индивидуально-

психологическими особенностями (повышенной возбудимостью или утомляемостью, снижением внимания после перенесенных соматических заболеваний, черепно-мозговых травм), а также снижением интереса к учебной деятельности.

Связь памяти с мыслительной деятельностью, с интеллектуальными процессами в подростковом возрасте приобретает самостоятельное значение.

По мере развития подростка содержание его мыслительной деятельности изменяется в направлении перехода к мышлению в понятиях, которые более углубленно и всесторонне отражают взаимосвязи между явлениями действительности [1, с.248].

Содержанием психического развития подростка становится развитие его самосознания. Одной из важнейших черт, характеризующих личность подростка, является появление устойчивости самооценки и образа «Я».

Важным содержанием самосознания подростка является образ его физического «Я» — представление о своем телесном облике, сравнение и оценка себя с точки зрения эталонов «мужественности» и «женственности».

Особенности физического развития могут быть причиной снижения у подростков самооценки и самоуважения, приводить к страху плохой оценки окружающими. Недостатки внешности (реальные или мнимые) могут переживаться очень болезненно вплоть до полного неприятия себя, устойчивого чувства неполноценности [19, с.312].

Подростки чаще начинают опираться на мнение своих сверстников. Если у младших школьников повышенная тревожность возникает при контактах с незнакомыми взрослыми, то у подростков напряженность и тревога выше в отношениях с родителями и сверстниками. Стремление жить по своим идеалам, выработка этих образцов поведения может приводить к столкновениям взглядов на жизнь подростков и их родителей, создавать конфликтные ситуации. В связи с бурным биологическим развитием и стремлением к самостоятельности у подростков возникают трудности и во взаимоотношениях со сверстниками [8, с.518].

Упрямство, негативизм, обидчивость и агрессивность подростков являются чаще всего эмоциональными реакциями на неуверенность в себе.

У многих подростков отмечаются акцентуации характера - определенное заострение отдельных черт характера, создающих определенную уязвимость подростка (невротические расстройства, делинквентное поведение, алкоголизацию и наркоманизацию).

Ситуация развития подростка (биологические, психические, личностно-характерологические особенности подростка) предполагает кризисы, конфликты, трудности адаптации к социальной среде. Подросток, не сумевший благополучно преодолеть новый этап становления своего психосоциального развития, отклонившийся в своем развитии и поведении от общепринятой нормы, получает статус «трудного». В первую очередь это относится к подросткам с асоциальным поведением. Факторами риска здесь являются: физическая ослабленность, особенности развития характера, отсутствие коммуникативных навыков, эмоциональная незрелость, неблагоприятное внешнесоциальное окружение. У подростков появляются специфические поведенческие реакции, которые составляют специфический подростковый комплекс: реакция эмансипации, которая представляет собой тип поведения, посредством которого подросток старается высвободиться из-под опеки взрослых [19, с.301].

Индивидуальные стили принятия решений являются отражением как индивидуально-психологических, так и личностных особенностей подростков. Коррекции требуют импульсные и инертные решения.

Глава 2. Эмпирическое исследование субъективного переживания чувства одиночества подростками с расстройствами пищевого поведения

2.1. Процедура эмпирического исследования субъективного переживания чувства одиночества подростками с расстройствами пищевого поведения

Для выявления связи между выраженностью расстройств пищевого поведения и субъективным ощущением одиночества у девушек-подростков а так же различия в переживании одиночества девушек-подростков с нервной анорексией и нервной булимией было организовано эмпирическое исследование, сновными методами которого опрос и методы математической статистики.

Исследование проводилось удалённо при помощи сети Интернет, анонимно, использовался ресурс «Google Формы», в котором был создан тест, состоящий из нескольких пунктов, таких как пол и возраст, психодиагностических методик на выявление расстройств пищевого поведения, дифференциации типов расстройств и уровня субъективного переживания чувства одиночества.

В ходе эмпирического исследования был проведен анонимный опрос, который был опубликован в сообществе, специализирующемся на психологической помощи и сопровождении лиц с расстройствами пищевого поведения в популярной социальной сети. В исследовании приняли участие девушки-подростки (от 11 до 18 лет) с различными типами пищевого поведения. Соотношение количества респондентов по возрастам представлено на рисунке 2.

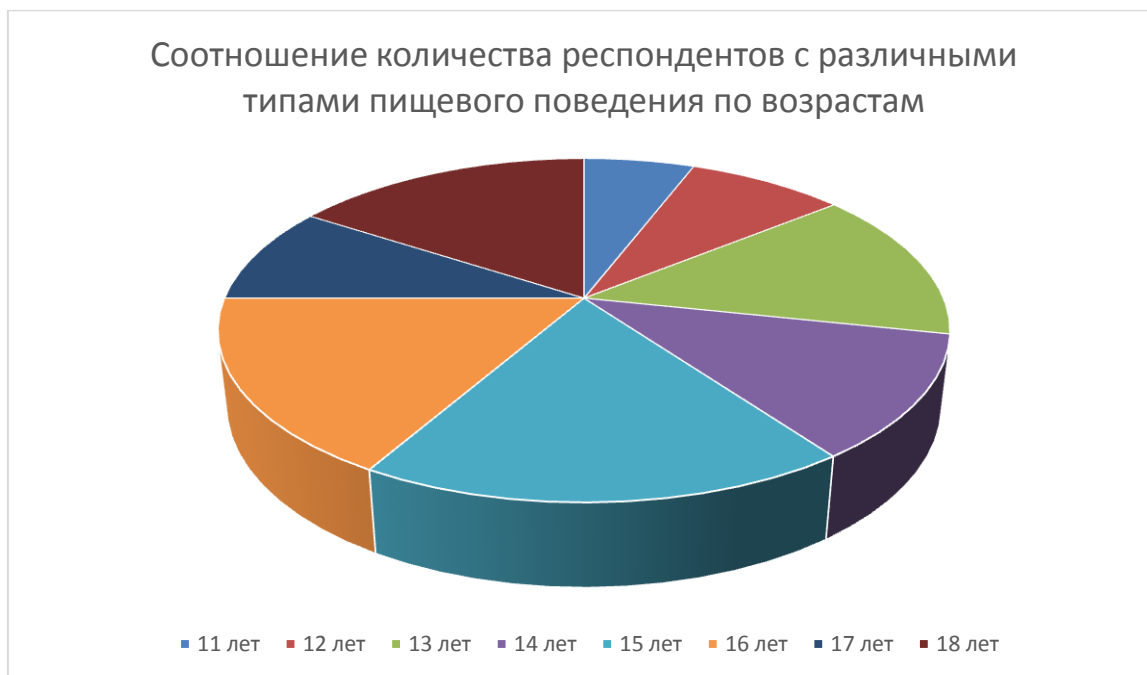


Рис. 2. Соотношение количества респондентов по возрастам

На первом этапе мы диагностировали наличие какого-либо вида нарушений пищевого поведения у респондентов с помощью методики Гарнера «Тест отношения к приему пищи», результаты которого позволили нам выявить среди всех респондентов тех, у кого наблюдаются нарушения пищевого поведения. В последующем, согласно теме исследования, мы остановили свое внимание на лицах, у которых по результатам данного теста были отмечены расстройства пищевого поведения.

На втором этапе проводилась диагностика конкретных расстройств пищевого поведения с целью дифференциации их друг от друга с последующим разделением на две группы различных друг от друга расстройств (анорексия и булимия) при помощи опросника «Шкала оценки пищевого поведения». В ходе чего нам удалось выделить группы (соответственно, группу лиц с нервной анорексией и группу лиц с нервной булимией).

На третьем этапе у испытуемых с нервной анорексией и нервной булимией выявлялся уровень субъективного ощущения одиночества с помощью методики «Шкала субъективного ощущения одиночества».

Далее выявлялась связь между выраженностью пищевого поведения и уровнем субъективного ощущения одиночества у девушек-подростков с помощью коэффициента корреляции Пирсона.

На заключительном этапе нам представилось интересным изучить различия между уровнем субъективного ощущения одиночества у девушек-подростков, страдающих нервной анорексией и у девушек-подростков, страдающих нервной булимией. Для этого мы применили метод математической обработки данных, а именно U-критерий Манна-Уитни, который позволил нам оценить достоверность различий.

Обоснование выбора психодиагностических методик.

1. «Тест отношения к приёму пищи» (англ. Eating Attitudes Test; EAT), разработанный Д. Гарнером в Институте Кларка в Торонто в 1979 году (модификация 1982 года). Данный тест позволяет выявить наличие склонности к расстройствам пищевого поведения, на его основе нельзя говорить о конкретном диагнозе, но высокий балл по нему означает большую вероятность наличия серьёзного расстройства пищевого поведения — предположительно, анорексии или булимии (поскольку данный тест изначально создавался для выявления именно этих расстройств). Но стоит заметить, что ряд пунктов является специфическим для некоторых других расстройств пищевого поведения — например, ограничительного, компульсивного и т.д., поскольку «чистых» расстройств пищевого поведения только по одному типу в реальности не бывает, часто нарушенное пищевое поведение включает в себя проявления нескольких типов с одним доминирующим. Тест содержит в себе 26 вопросов, ответ на которые может оцениваться от 0 до 3 баллов. Если в сумме баллов 20 и более, можно говорить о низкой, но тем не менее выраженности расстройств пищевого поведения. Если результат по тесту ниже 20 баллов, то можно говорить о том, что у испытуемого не наблюдается расстройств пищевого поведения.

2. Для определения типа расстройства в нашем исследовании использовалась «Шкала оценки пищевого поведения», которая включает в

себя 51 утверждение, оценить которые предлагается респонденту. За каждое утверждение можно получить от 0 до 3 баллов. Эти утверждения разделены на 7 субшкал:

Шкала 1. Стремление к худобе – заикленность на весе, чрезмерное беспокойство этому по поводу, постоянные попытки похудеть. Как мы видим, подавляющее большинство респондентов набрали здесь высокий балл.

Шкала 2. Булимия – высокий балл по этой шкале свидетельствует о наличии эпизодов переедания с последующим очищением.

Шкала 3. Неудовлетворенность телом – лицам, набравшим высокие баллы по данной шкале свойственно восприятие некоторых собственных частей тела (ноги, живот, руки, грудь) как очень толстых.

Шкала 4. Неэффективность – данная шкала позволяет отметить тенденции ощущения общей неспособности полноценно функционировать в социуме (озабоченность чувством отсутствия защищённости и безопасности, ощущение одиночества, неспособность к контролированию собственной жизни) у респондентов.

Шкала 5. Перфекционизм – отражает завышенные до неадекватного ожидания высоких достижений, строгую самокритика и неспособность прощать себе недостатки.

Шкала 6. Недоверие в межличностных отношениях – данные по этой шкале могут говорить о наличии чувства крайней отстраненности от окружающих, близких и любых социальных контактов.

Шкала 7. Интероцептивная некомпетентность – результаты по этой шкале свидетельствуют о неспособности респондента уверенно распознавать чувство голода и насыщения.

Данная методика позволяет определить многих симптомов, сопутствующих расстройствам пищевого поведения и позволяет оценить их выраженность. Для выявления типа расстройств нам необходимо сравнить результаты по всем субшкалам. В случае наибольших показателей (среди

всех 7 субшкал) по субшкале 1 (стремление к худобе) с показателями субшкал 3 и 5 (неудовлетворенность телом и перфекционизм соответственно) можно говорить нам о наличии у респондента анорексического расстройства; а комбинация больших показателей по субшкалам 1 (стремление к худобе), 2 (булимия) и 7 (интероцептивная некомпетентность) свидетельствует нам о наличии у респондента булимии.

3. Шкала субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М. Фергюсона – позволяет определить у испытуемых уровень и глубину переживания чувства одиночества. Методика представляет собой ряд утверждений, оценить которые необходимо в соответствии с частотой подобных явлений в жизни респондента. Всего данная психодиагностическая методика включает в себя 40 утверждений, ответ на которые может быть оценен 0 – 3 баллами. Сумма баллов отражает уровень субъективного ощущения одиночества. 0 – 20 баллов – низкий уровень одиночества, 20 – 40 – средний уровень одиночества, 40 – 60 – высокий уровень одиночества.

2.2. Анализ и интерпретация результатов исследования субъективного ощущения одиночества у подростков с расстройствами пищевого поведения

На первом этапе нашего исследования нами выявлялось склонность испытуемых девушек-подростков к расстройствам пищевого поведения с помощью «Теста отношения к приему пищи». Это позволило нам выявить среди всех респондентов тех, кому свойственны расстройства пищевого поведения или склонность к расстройствам пищевого поведения. Всего в исследовании приняли участие 120 человек, у 46 из них были выявлены нарушения пищевого поведения, у 74 респондентов не были выявлены нарушения пищевого поведения, что позволило нам выделить среди всех респондентов целевую выборку – девушек-подростков с расстройствами пищевого поведения. Критерий отбора в исследуемую группу – наличие у

испытуемого расстройства пищевого поведения, таким образом объем целевой выборки составил 46 человек. Полученные результаты представлены в Приложении 1, на рисунке 3 и в табл. 1.



Рис. 3. Количественное соотношение лиц с нормальным пищевым поведением и лиц с нарушенным пищевым поведением

Поскольку у 74 из 120 респондентов не было выявлено нарушенного типа пищевого поведения, их результаты, согласно теме, не представляют интереса для нашего исследования. Соотношение лиц с РПП и лиц, у которых РПП не были выявлены, отражено в табл. 1 в процентах.

Таблица 1

Распределение респондентов (%) с разной степенью склонности к РПП

Общее количество респондентов	Нарушение пищевого поведения выявлено	Нарушение пищевого поведения не выявлено
120	46	74
100%	38,3%	61,7%

Поскольку опрос был опубликован нами в тематической группе по психологической помощи и сопровождению лиц с расстройствами пищевого поведения в социальной сети, на основе вышеописанных данных можно предположить, что респонденты, у которых не было выявлено нарушенное пищевое поведение, склонны приписывать его себе. Здесь стоит отметить ныне существующую и развивающуюся в социальных сетях «моду на анорексию» среди девочек-подростков и юных девушек.

В целевую выборку вошли девушки-подростки, чьи результаты по «Тесту отношения к приему пищи» оказались равны не менее, чем 20 баллам (подробно индивидуальные данные представлены в Приложении 1). Таким образом, в фокусе нашего исследования оказались девушки от 12 до 18 лет, имеющие расстройства пищевого поведения, которые составили 38,3% от всех опрошенных лиц (46 респондентов из 120). Количественное соотношение лиц с выявленным нарушенным пищевым поведением по возрастам представлено на рисунке 4.

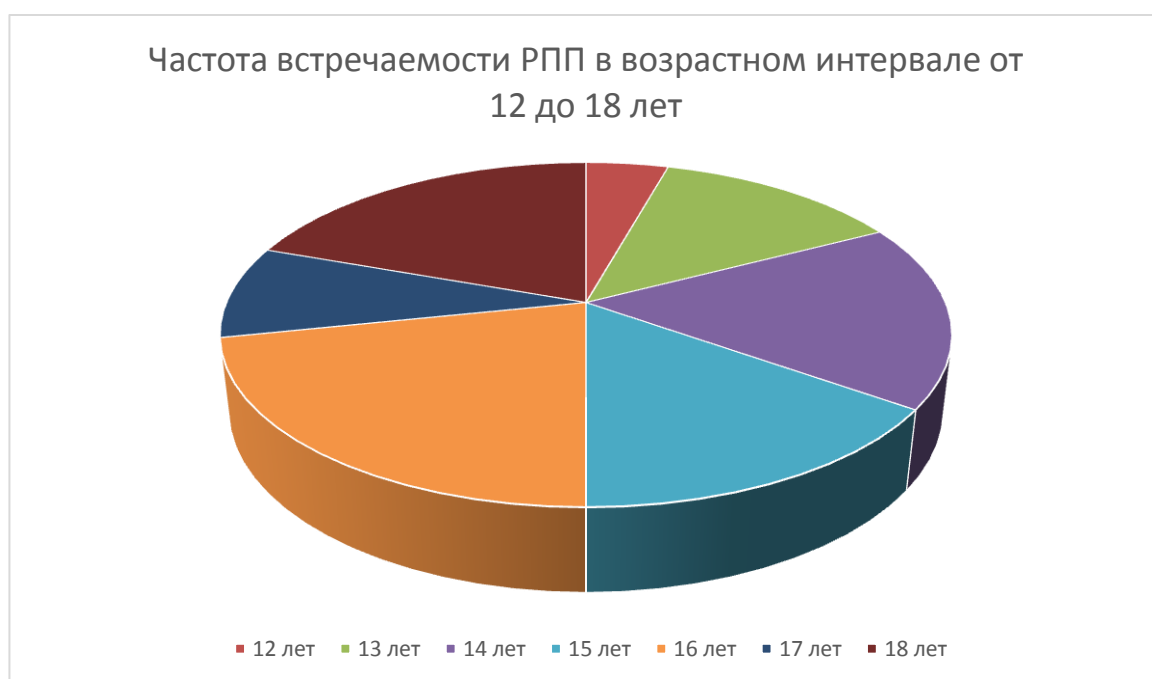


Рис. 4. Частота встречаемости РПП в возрастном интервале от 12 до 18 лет

На втором этапе эмпирического исследования нами проводилась диагностика конкретных расстройств пищевого поведения с целью дифференциации их с последующим разделением на две группы (анорексия и булимия). Сделать это нам позволила «Шкала оценки пищевого поведения». Анализ полученных данных позволил нам выделить среди испытуемых группу девушек-подростков с нервной анорексией и группу девушек-подростков с нервной булимией. Результаты диагностики по «Шкале оценки пищевого поведения» (по субшкалам соответственно) приведены в Приложении 2 и табл. 2.

Таблица 2

Распределение девушек-подростков (%) по уровням выраженности нарушений пищевого поведения

Баллы по субшкалам	Субшкалы (%)						
	Стремление к худобе	Булимия	Неудовлетворенность телом	Неэффективность	Перфекционизм	Недоверие в межличностных отношениях	Интероцептивная некомпетентность
Высокий балл	95,7%	78,3%	93,5%	91,3%	74%	78,3%	37%
Средний или низкий балл (норма)	4,3%	21,7%	6,5%	8,7%	26%	21,7%	63%

Как видно из табл. 2, большинству присущи несколько типов нарушенного поведения, заметна тенденция к высоким показателям по шкалам «Стремление к худобе» - 95,7%, «Неудовлетворённость телом» - 93,5%, «Неэффективность» – 91,3%, и лишь у 37% испытуемых выявилась высокая interoцептивная некомпетентность.

Проведя анализ полученных данных и соотнеся данные по показателям в отдельных субшкалах, мы выяснили, что 30 респондентов имеют анорексическое расстройство пищевого поведения, а 16 – булимическое.

Таким образом, 65,3% испытуемых с нарушенным пищевым поведением имеют разную степень выраженности нервной анорексии и 34,7% - нервной булимии (полученное соотношение типов расстройств отражено в табл. 3 и на рисунке 5.). Среди них нервная анорексия выявлена у девушек от 12 до 18 лет, а нервная булимия у девушек от 13 до 18 лет.

Наибольшее количество девушек-подростков с нервной анорексией отмечается в 15 лет, что можно связать с тем, что, вероятно, расстройство появилось у этих девушек в момент возрастных изменений тела 1-2 года назад, и сейчас приобрело свою наибольшую выраженность (о этом мы говорили в 1 главе). «Возрастного пика» среди девушек-подростков с булимией не выявлено, однако, наибольшее количество подростков, страдающих от этого недуга, приходится на 15 и 18 лет. Подробное количественное соотношение респондентов с нервной анорексией и нервной булимией отражено на рисунке 6.

Таблица 3

Распределение девушек-подростков по наличию определенного типа расстройств

Тип расстройства (%)	
Анорексия	Булимия
65,3%	34,7%
30 респондентов	16 респондентов



Рис. 5. Соотношение количества респондентов с анорексией и булимией

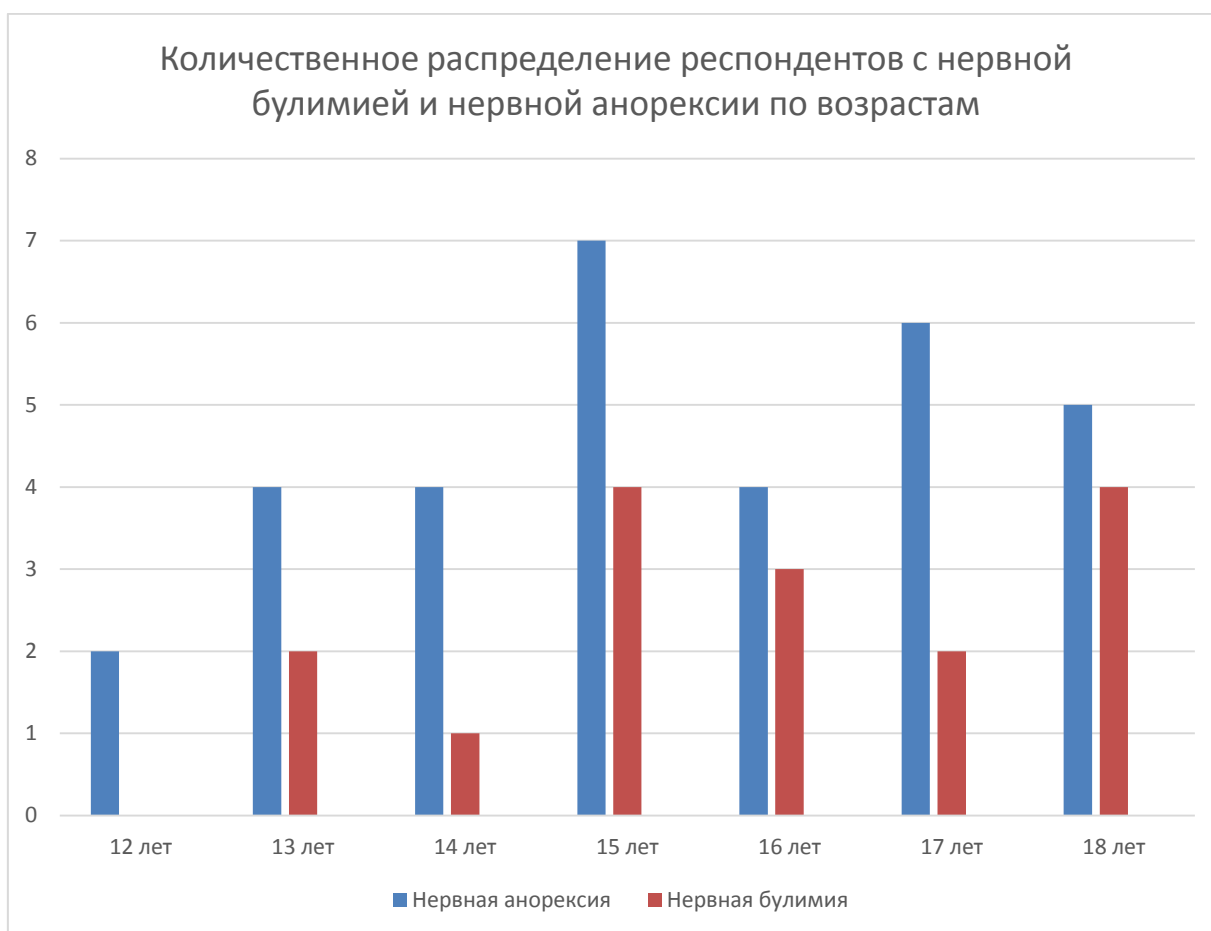


Рис. 6. Распределение респондентов с нервной анорексией и нервной булимией по возрастам

Итак, мы выделили две группы испытуемых, субъективное ощущение одиночества которых нам необходимо изучить.

После этого мы перешли к третьему этапу исследования и провели анализ данных по методике «Шкала субъективного ощущения одиночества». Полученные результаты отражены в табл. 4, прил. 4.

Таблица 4

Распределение испытуемых в процентном соотношении по уровню ощущения чувства одиночества

Степени переживания одиночества	Количество респондентов (%)	
Высокая степень	52,2%	Анорексия 19 (41,3%)
		Булимия 5 (10,9%)
Норма (пограничный балл)	39,1%	Анорексия 8 (17,3%)
		Булимия 10 (21,7%)
Норма (средний балл)	8,7%	Анорексия 3 (6,6%)
		Булимия 1 (2,1%)

Из табл. 4 следует, что высокие показатели ощущения одиночества отмечены у 52,2% испытуемых, среди которых 41,3% составляют подростки с нервной анорексией и 10,9% - подростки с нервной булимией. Стоит отметить, что целых 39,1% испытуемых набрали по «Шкале субъективного ощущения одиночества» 40 баллов, что является пограничным результатом между высоким уровнем одиночества и средним. Среди них 17,3% испытуемых, страдающих анорексией и 21,7% - булимией. Средний балл по данной методике набрали лишь 8,7% от всего количества респондентов с расстройствами пищевого поведения, среди которых 6,6% - это подростки с анорексией и 2,1% - с булимией.

Полученные результаты, отраженные в табл. 4, говорят о том, что высокой степенью переживания чувства одиночества обладают более

половины (52,2%) девушек с нарушениями пищевого поведения, помимо этого, стоит отметить интересное явление, что целых 18 респондентов, а это 39,1%, получили пограничный балл, что может относиться как к высокой степени одиночества, так и к норме. Количественное соотношение респондентов с разным уровнем выраженности одиночества изображены на рисунке 7.



Рис. 7. Соотношение респондентов с разным уровнем выраженности одиночества

Исходя из этих данных можно говорить об общей тенденции к высокому уровню переживания одиночества лицами с расстройствами пищевого поведения. На рисунке 8 представлены данные, которые показывают количественное распределение респондентов с различными типами расстройств пищевого поведения и их уровнем субъективного ощущения одиночества.

Высокий уровень одиночества воспринимается как острое, уникальное переживание. Одна из самых отличительных черт одиночества – это специфическое чувство полной погруженности в самого себя. Чувство одиночества не похоже на другие переживания, оно целостно, абсолютно все охватывающее.

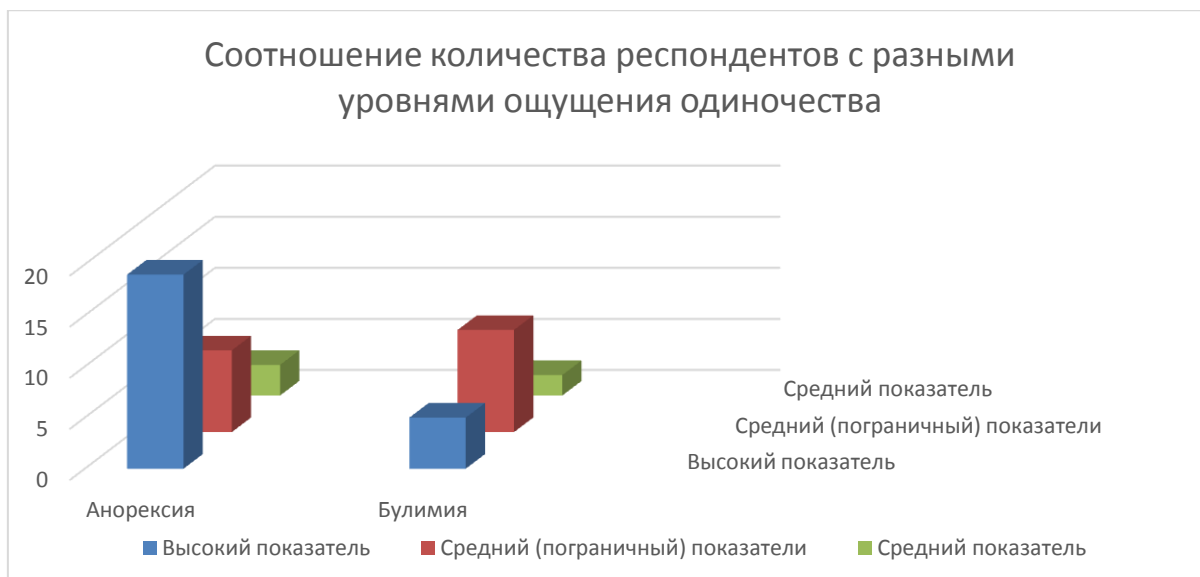


Рис. 8. Соотношение количества респондентов с нервной анорексией и нервной булимией с разными уровнями ощущения одиночества

Таким образом нами отмечена тенденция к высоким показателям, что отражает соответственно высокий уровень душевных переживаний, связанных с чувством одиночества у подростков, страдающих пищевыми расстройствами.

Следующим этапом анализа данных в нашем исследовании является способ математической обработки данных, а именно математико-статистический метод обработки данных, а именно линейный коэффициент корреляции Пирсона. Это позволило выявить взаимосвязь между степенью выраженности расстройства пищевого поведения у подростков и их уровнем субъективного ощущения одиночества [$r_{emp} = 0,34$ при $p < 0,05$]. Соответственно, чем выше выраженность РПП у девушек-подростков, тем выше уровень субъективного ощущения одиночества.

Пятый этап нашего исследования включал в себя математико-статистический метод обработки данных, а именно U-критерий Манна-Уитни, с помощью которого мы определили отсутствие достоверной разницы между уровнем субъективного переживания чувства одиночества группой подростков с анорексическим расстройством пищевого поведения и уровнем субъективного переживания чувства одиночества группой подростков с

булимическим расстройством пищевого поведения [$U_{emp} = 300$ при $p > 0,05$].

2.3. Математико-статистическая обработка данных исследования субъективного ощущения одиночества у подростков с расстройствами пищевого поведения

Этапы математической обработки:

I. Коэффициент корреляции Пирсона:

Коэффициент корреляции Пирсона используется для исследования взаимосвязи двух переменных, измеренных в метрических шкалах на одной и той же выборке. Он позволяет определить, насколько пропорциональна изменчивость двух переменных.

1. Выдвинем гипотезы:

H_0 – уровень субъективного ощущения одиночества у подростков с высоким уровнем выраженности расстройства пищевого поведения не выше, чем уровень субъективного ощущения одиночества у подростков с низким уровнем выраженности расстройства пищевого поведения.

H_1 – уровень субъективного ощущения одиночества у подростков с высоким уровнем выраженности расстройства пищевого поведения выше, чем уровень субъективного ощущения одиночества у подростков с низким уровнем выраженности расстройства пищевого поведения.

2. На основании полученных данных по методике «Тест отношения к приёму пищи» мы можем отследить уровень выраженности расстройства пищевого поведения, а исходя из данных по методике «Шкала субъективного ощущения одиночества», соответственно можем отследить уровень субъективного переживания одиночества респондентами. Таким образом данные об уровне выраженности расстройства пищевого поведения мы принимаем за X , а данные об уровне переживания одиночества за Y . Данные

всех этапов математической обработки по методу коэффициента корреляции Пирсона представлены в Приложении 6.

3. Приступим к вычислению по формуле:

$$r_{xy} = \frac{\sum(x_i - \bar{X})(y_i - \bar{Y})}{\sqrt{\sum(x_i - \bar{X})^2 \sum(y_i - \bar{Y})^2}};$$

4. На основании представленных данных рассчитаем средние значения для x_i , которую будем обозначать как $\bar{X}$ и для y_i , которую будем обозначать как $\bar{Y}$:

$$\bar{X} = 29,1$$

$$\bar{Y} = 43,8$$

5. Рассчитаем для каждого испытуемого отклонения от среднего арифметического: $(X - \bar{X})$ и $(Y - \bar{Y})$, результаты отражены в Приложении 6.

6. Затем возведем в квадрат каждое отклонение:

$$(X - \bar{X})^2 \text{ и } (Y - \bar{Y})^2,$$

после чего рассчитаем сумму квадратов отклонений: $\sum(X - \bar{X})^2$ и $\sum(Y - \bar{Y})^2$.

$$\sum(X - \bar{X})^2 = 1063,86$$

$$\sum(Y - \bar{Y})^2 = 1022,24$$

7. Далее рассчитаем для каждого элемента произведение разности среднего арифметического и значения: $(X - \bar{X})(Y - \bar{Y})$ результаты так же представлены в Приложении 6.

8. После чего вычислим сумму произведений разностей среднего арифметического и значений: $\sum(X - \bar{X})(Y - \bar{Y})$

$$\sum(X - \bar{X})(Y - \bar{Y}) = 373,24$$

9. Далее нам необходимо вычислить корень суммы квадратов

$$\sqrt{\sum(x_i - \bar{X})^2 \sum(y_i - \bar{Y})^2} = 1096,96$$

10. На основе проделанных вычислений по формуле коэффициента корреляции Пирсона получаем: $r_{xy} = 373,24 : 1096,96$

$$r_{xy} = 0,34$$

11. Обратимся к таблице критических значений, для $k=n-2$, где k – количество степеней свободы, а n – величина выборки, таким образом, для нашей выборки количеством 46 человек,

$$k=46-2=44$$

$$r_{кр} = \begin{cases} 0,29 & \text{для } P \leq 0,05 \\ 0,37 & \text{для } P \leq 0,01 \end{cases}$$

12. Изобразим полученные данные на оси значимости (Рисунок 9).

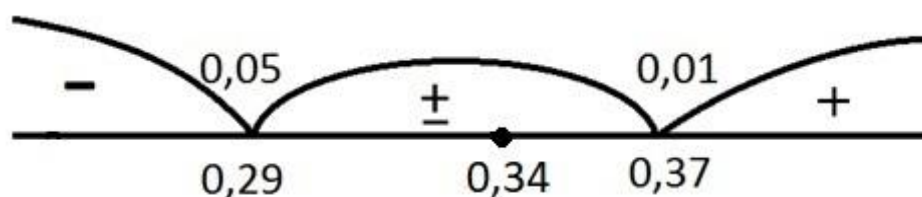


Рис. 9. Ось значимости полученных различий

Как мы видим на Рисунке 9, полученный нами коэффициент попадает в зону незначимости, следовательно H_0 не верна и нами отвергается, а H_1 верна и принимается.

Таким образом, подводя итог, следует сказать, что у подростков с высоким уровнем выраженности расстройств пищевого поведения уровень субъективного ощущения одиночества выше, чем уровень субъективного ощущения одиночества у подростков с низким уровнем выраженности расстройств пищевого поведения.

II. U-критерий Манна-Уитни:

1. Выдвинем гипотезы:

H_0 – уровень субъективного ощущения одиночества у подростков с булимическим расстройством пищевого поведения не ниже, чем уровень субъективного ощущения одиночества у подростков с анорексическим расстройством пищевого поведения.

H_1 – уровень субъективного ощущения одиночества у подростков с булимическим расстройством пищевого поведения ниже, чем уровень

субъективного ощущения одиночества у подростков с анорексическим расстройством пищевого поведения.

2. Разделим диагностические данные на две группы, соответствующие подросткам с анорексией и подросткам с булимией (Приложение 4).

3. Присвоим показателям уровня ощущения одиночества (по ШСОО) соответствующие ранги от наибольшего показателя к наименьшему (Приложение 5)

4. Суммируем ранги значений группы испытуемых с анорексией и группы испытуемых с булимией.

Ранги «Анорексия» = 1 +2 +3 +5 +5 +8 +8 +8 +10,5 +12,5 +12,5 +15 +15 +15 +17,5 +17,5 +20 +21,5 +23 +33,5 +33,5 +33,5 +33,5 +33,5 +33,5 +33,5 +43 +44 +46 = 645

Ранги «Булимия» = 5 + 10,5 +19 +21,5 +24 +33,5 +33,5 +33,5 +33,5 +33,5 +33,5 +33,5 +33,5 +33,5 +33,5 +45 = 460

5. Определяем, какая из полученных нами ранговых сумм больше.

6. $645 > 460 \Rightarrow$ Ранговая сумма группы испытуемых «Анорексия» больше ранговой суммы группы испытуемых «Булимия»

7. Определяем эмпирические значения U-критерия Манна-Уитни по формуле:

$$U_{emp} = (n_1 \cdot n_2) + \frac{n_x \cdot (n_x + 1)}{2} - T_x,$$

Где n_1 — количество испытуемых в группе «Анорексия»; n_2 — количество испытуемых в группе «Булимия»; T_x — большая из двух ранговых сумм – а именно ранговая сумма группы «Анорексия»; n_x — количество испытуемых в группе с большей ранговой суммой, то есть количество испытуемых в группе «Анорексия».

$$U_{emp} = (30 \cdot 16) + \frac{30 \cdot (30 + 1)}{2} - 645 = 300$$

8. 7. Обращаемся к таблице критических значений и находим $U_{кр}$.

9. $U_{кр} = 149$

$$10. \quad 149 < 300 \Rightarrow U_{\text{кр}} < U_{\text{emp}}$$

Таким образом, H_0 принимается, что значит – не существует достоверной разницы между уровнем субъективного переживания чувства одиночества у подростков с булимическим расстройством пищевого поведения и у подростков с анорексическим расстройством пищевого поведения.

2.4. Рекомендации по оптимизации эмоциональной сферы подростков с расстройствами пищевого поведения

Когда лица с расстройствами пищевого поведения начинают браться за нормализацию своего режима питания, у них появляются разные навязчивые мысли, которые подкрепляют негативные эмоциональные состояния, сбивающие девушек-подростков с толку. Чтобы достичь успеха в преодолении расстройства пищевого поведения, очень важно уметь справляться с такими мыслями.

Стоит рассмотреть типичные мысли:

1) негативная мысль про фигуру и увеличение веса -

«Если я наберу вес, значит я неудачница. Если я поправлюсь, я никому больше не буду нравиться»;

2) убеждения в преимуществах худощавости -

«Чтобы меня хорошо воспринимали другие люди, надо быть стройной и худой», «Если ты худой, то больше нравишься людям»;

3) позитивные мысли про диетические ограничения, неконтролируемое переедание и рвоту -

«Контроль за едой меня хорошо успокаивает. Неконтролируемое переедание освобождает от душевных страданий и тоски».

Существуют разные способы преодолевать подобные мысли и убеждения. Например, можно применить метод децентрирования. Суть его в том, что когда у девушек с расстройствами пищевого поведения появится

нездоровая мысль про еду или про их тело, необходимо посмотреть на эту мысль не как на правдивый факт, а как на голос расстройства пищевого поведения. Например, если в голову пришла мысль «Я толстая» - необходимо её децентрировать, перефразировав в «У меня расстройство пищевого поведения. Это оно вынуждает меня думать, что я толстая».

Еще один хороший способ - дистанцирование действий от мыслей. Идея этого метода в том, чтобы создать дистанцию между мыслями и действиями, которые, как правило, сопровождают эти мысли. На практике это означает не позволять, чтобы действиями руководили мысли и озабоченность едой, весом и фигурой. Например, если у девушки, страдающей расстройством пищевого поведения, появится мысль «Я толстая, мне стоит пропустить обед», ей стоит сказать себе «Эта мысль - симптом моего пищевого расстройства. Я буду придерживаться своего распорядка питания» - дистанцирование действий от мыслей.

Третий способ блокирования нездоровых мыслей - исследовать их в деталях. Это может быть достаточно тяжело. Особенно, если у девушки явно недостаточная масса тела и она склонна беспрестанно, непродуктивно размышлять над одними и теми же темами. Если это так, то, скорее всего, такой девушке лучше использовать два предыдущих способа.

Следующий способ – это переключение внимания.

Некоторые люди, однако, считают, что им помогает записывание своих мыслей - для них это способ дистанцироваться от них и искать иной взгляд на вещи. Данный метод эффективен не для всех лиц, но, если девушке, страдающей РПП, этот метод кажется привлекательным, это может дать хороший результат, рекомендуется пробовать записывать свои мысли рядом с записями о съеденной пище. Так же рекомендуется фиксировать случаи, когда появляются неприятные чувства, какие именно чувства. Далее необходимо подумать, можно ли определить, что именно запустило эти чувства, что промелькнуло тогда в голове и стало причиной плохого

самочувствия. После этого нужно думать над тем, возможно ли посмотреть на всё это иначе.

Например, рекомендуется спросить себя: «Что подумал бы про эту ситуацию человек, у которого нет расстройства пищевого поведения?», «Как по-другому можно понять эту ситуацию?»; «Что я сказал бы другу, который чувствовал бы себя точно так же?», «На сколько полезен подобный способ мышления?», «Как влияет такой способ мышления на мою жизнь?», «Какой взгляд на ситуацию был бы для меня более полезным?».

В ходе психотерапевтического процесса преодоления расстройства пищевого поведения, очень часто, приходится сталкиваться с проблемой сильных эмоций, которые начнут прорываться тогда, когда пищевое поведение нормализовывается. И тогда возникает вопрос, что с этим делать?

Приведем ряд рекомендаций, как по-новому управлять сильными эмоциями.

Рекомендуется «взять в привычку» использование стратегий преодоления, которые мы описали выше.

Итак, при возникновении яркоокрашенных негативных эмоциональных состояний у девушек-подростков с расстройствами пищевого поведения можно использовать следующие приёмы:

1) Релаксация. Медленное и равномерное глубокое дыхание помогает снимать напряжение. Можно представить себя в приятном, спокойном месте.

2) Рефлексия. Размышления на тему своих чувств, внутренний диалог о том, что вы чувствуете и что вас печалит.

3) «Настройка» на ту часть своего тела, где есть эти чувства (чаще всего это живот или грудная клетка).

4) Проявление внимания ко всем эмоциям, которые появляются. Не стоит обвинять себя в том, что они есть. Вместо этого можно попробовать перенести на себя сочувствие, испытывалось бы в отношении близкого друга, оказавшегося в подобной ситуации.

5) Позволение себе пережить эти эмоции, не ограничивая себя в еде, не прибегая к компульсивным действиям.

6) Выражение своих эмоций. Для этого можно применить одну из следующих тактик: поговорите с кем-то, кто может вас поддержать, расскажите про свои чувства человеку, который их спровоцировал, опишите их на бумаге, займитесь творчеством.

В настоящее время в США некоторые психотерапевты предлагают рассматривать расстройство пищевого поведения как друга, который всегда рядом, поскольку считают, что для того, чтобы избавиться от серьёзного психического недуга, необходимо сперва его принять и осознать.

«Мое расстройство – мой спутник. Он всегда рядом, чтобы я не чувствовала себя одинокой. Тем не менее, это приводит к социальной изоляции, делая зачастую невозможным мое участие в мероприятиях, где находится люди, которые веселятся и наслаждаются едой.» - так описывает свое переживание РПП семнадцатилетняя девушка из США.

«Оно всегда рядом. Без него жизнь была бы труднее. Я бы чаще впадала в депрессию и блокировала свои чувства. Раньше я боялась эпизодов переедания, ненавидела себя за это. Сейчас же могу сказать, что без моего друга, мне было бы намного хуже» - слова другой девушки из США.

Сторонники нового подхода к лечению пищевых расстройств считают, что расстройства пищевого поведения позволяют людям избегать чувств, которые могут их травмировать сильнее, чем вызванная рвота, или усталость от недостатка пищи.

Выводы

Нами было проведено эмпирическое исследование, направленное на изучение субъективного ощущения одиночества у подростков с расстройствами пищевого поведения. Проведенный анонимный опрос выявил что у 61,7% от всех опрошенных лиц нет склонности к расстройствам пищевого поведения, а у 38,3% есть склонность к расстройствам пищевого поведения.

Среди них нервная анорексия выявлена у девушек от 12 до 18 лет, а нервная булимия у девушек от 13 до 18 лет. Наибольшее количество девушек-подростков с нервной анорексией отмечается в 15 лет, это можно связать с тем, что, вероятно, расстройство появилось у этих девушек в момент возрастных изменений тела 1-2 года назад, и сейчас приобрело свою наибольшую выраженность. «Возрастного пика» среди девушек-подростков с булимией не выявлено, однако, наибольшее количество подростков, страдающих от этого недуга, приходится на 15 и 18 лет.

Далее, исследуя результаты опроса уже только лиц с выявленной склонностью к нарушенным типам пищевого поведения, на основании полученных данных по методике «Шкала оценки пищевого поведения», нами были выделены две группы – девушки-подростки с нервной анорексией, которых насчитывается 65,3%, и девушки-подростки с нервной булимией, которых оказалось 34,7% соответственно. Исходя из того, что лиц с анорексическим типом пищевого поведения нами было выявлено почти в два раза больше, чем с лиц булимическим типом пищевого поведения, стоит сделать вывод о том, что анорексия более распространена среди девушек-подростков.

Далее, анализируя полученные данные по «Шкале субъективного ощущения одиночества», мы смогли выявить общую тенденцию к высокому уровню переживания одиночества как подростками с анорексией, так и подростками с булимией. Метод математической статистики, именно U-

критерий Манна-Уитни, позволил нам выявить отсутствие достоверной разницы между уровнем субъективного переживания одиночества подростками с анорексией и уровнем субъективного переживания одиночества подростками с булимией. На основании этого мы делаем вывод, что выраженность уровня одиночества не зависит от типа расстройства пищевого поведения.

Далее, проведя анализ эмпирических данных с помощью коэффициента корреляции Пирсона, нами была выявлена взаимосвязь между уровнем выраженности нарушенного пищевого поведения и уровнем субъективного ощущения одиночества. Данный метод математической статистики помог на проследить, что чем выше уровень выраженности расстройства пищевого поведения у подростка, тем выше и уровень его одиночества.

Заключение

Данная работа посвящена изучению субъективного ощущения одиночества у подростков с расстройствами пищевого поведения. Она основывается на проведенном нами теоретико-методологическом анализе литературы по проблеме расстройств пищевого поведения и сопутствующих им переживаниях у подростков. Мы изучили данные о причинах и симптомах расстройств пищевого поведения, клинических проявлениях расстройств, эмоциональной сфере лиц с расстройствами пищевого поведения.

При помощи теоретико-методологического анализа литературы по теме, нами были выдвинуты гипотезы и проведено эмпирическое исследование по выявлению связи уровня ощущения одиночества с типом расстройства пищевого поведения, нахождению зависимости между уровнем выраженности расстройства и уровнем ощущения одиночества.

Результат эмпирического исследования – выявление корреляции между выраженностью расстройства пищевого поведения и уровнем субъективного ощущения одиночества, это означает, что у лиц с высоким уровнем выраженности расстройства пищевого поведения уровень субъективного ощущения одиночества выше, чем у лиц с менее выраженной степенью расстройства.

Проведенное исследование показывает нам, что разные уровни выраженности расстройств пищевого поведения и разные типы расстройств пищевого поведения всегда сопровождаются угнетенным эмоциональным состоянием, чувством грусти, фрустрации, ощущением социальной незащищенности и переживанием одиночества. Не существует достоверной разницы между уровнем ощущения одиночества у подростков, страдающих нервной анорексией и уровнем ощущения одиночества у подростков, страдающих нервной булимией.

Таким образом, подводя итог, следует говорить о том, что поставленные задачи были выполнены, выдвинутая гипотеза частично подтвердилась, цель работы была достигнута.

На основании полученных результатов исследования были разработаны рекомендации по оптимизации эмоциональной сферы подростков с расстройствами пищевого поведения. Результаты данной работы могут представлять интерес для широкого круга лиц, взаимодействующих с девушками-подростками с расстройствами пищевого поведения.

Список используемых источников

1. Абрамова Г.С. Возрастная психология: Учебное пособие для вузов. - М.: Академический Проект, 2010. -623с.
2. Бауманн У., Пере М. Клиническая психология. – СПб.: Питер, 1998. – 402 с.
3. Бек А., Фриме, А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. – М.: Академия. 2012. – 227 с.
4. Бек А., Джудит С. Когнитивная терапия: полное руководство. – М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2006. – 400 с.
5. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. Руководство для врачей и клинических психологов. – М.: МОДЭК, МПСИ, 2014. – 624 с.
6. Бойко В.В. Энергия эмоций. – СПб.: Питер, 2013. – 463 с.
7. Выготский Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. – М.: Изд.-во МГУ, 1982. – Т. 1. – 435 с.
8. Выготский, Л.С. Развитие психики. – М.: Академия, 2012. – 874 с.
9. Залевский, Г.В. Введение в клиническую психологию. - М.: Academia, 2012. - 208 с
10. Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б., Мазур Е.С., Саморегуляция в норме и патологии // Психологический журнал. – 1989. – № 2. – С. 12 – 24.
11. Игумнов С.А. Стресс и стресс-зависимые заболевания. – СПб.: Речь, 2012. – 352 с.
12. Калиниченко О.Ю. Социальные факторы формирования зависимого поведения в подростковом и юношеском возрасте // Вестник новых медицинских технологий. – 2006. – № 2. – С. 188-190.
13. Каплан Г.И. Клиническая психиатрия. – М.: Медицина, 2014. – 934 с.
14. Ковалев Ю.В. Депрессия, клинический аспект. – М.: Медицинская книга, 2011. – 141 с.

15. Конопкин О.А. Психологические механизмы произвольной регуляции деятельности. – М.: Наука, 1980. – 255 с.
16. Коркина, М.В. Клиника и лечение нервной анорексии. - М.: Университет дружбы народов, 1978
17. Коркина М.В. Нервная анорексия. М.: Медицина, 1986. – 102 с.
18. Коркина М.В. Психиатрия. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 576 с.
19. Кулагина И.Ю., Колюцкий В.Н. Возрастная психология: Развитие человека от рождения до поздней зрелости: Учебное пособие для вузов. -М.: Юрайт, 2011. -464 с.
20. Кулганов В.А., Белов В.Г., Парфёнов Ю.А. Прикладная клиническая психология: учебное пособие. – СПб.: СПбГИПСР, 2012. – 444 с.
21. Купер М. Когнитивно-бихевиоральный подход к РПП // Вопросы психологии. – 2015. – №2. – С. 52-55
22. Лакосина, Н.Д. Клиническая психология. - М.: МЕДпресс-информ, 2007. - 416 с.
23. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. – СПб.: Питер, 2014. – 745 с.
24. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 592 с.
25. Меннингер К. Война с самим собой. - М., 2000. – 480 с.
26. Моросанова В.И. Личностные аспекты саморегуляции произвольной активности человека // Психологический журнал. – 2002. – № 6. – С. 5–17.
27. Моросанова В.И. Самосознание и саморегуляция поведения. – М.: Институт психологии РАН, 2007. – 213 с.
28. Моросанова В.И. Стилевая саморегуляция поведения человека // Вопросы Психологии. – 2000. – № 2. – С. 118 – 127.

29. Обухова Л.Ф. Возрастная психология. – М.: Россия, 2011. - 414 с.
30. Орлова, Е. А. Клиническая психология - М.: Юрайт, 2014. - 368 с.
31. Орлова М.М. Клиническая психология: конспект лекций. – М.: Высшее образование, 2016. – 450 с.
32. Осипова А.А. Общая психокоррекция: учебное пособие. – М.: Академия, 2014. – 368 с.
33. Петровская А.И. Особенности личности при пограничных нервно-психических и соматических заболеваниях // Вопросы психологии. – 2016. – №2. – С, 19-22.
34. Рассел Д Институт психотерапии и клинической психологии. - М.: Книга по Требованию, 2013. - 116 с.
35. Робертс Р.Д. Эмоциональный интеллект: проблемы теории, измерения и применения на практике // Психология: журнал Высшей школы экономики. – 2014. – № 4. – С. 3–26.
36. Сидоров, П. И. Клиническая психология. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 880 с.
37. Сидоров, П.И. Введение в клиническую психологию - М.: Академический проект, 2000. - 734 с.
38. Фельдштейн Д.И. Возрастная и педагогическая психология: Избранные психологические труды. - М.: МПСИ, 2012. - 427 с.
39. Флорин И., Тушен-Каффье Б. Клиническая психология. – СПб.: Питер, 2006. – 56 с.
40. Хухлаева О. В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции. - М.: Академия, 2016. - 208 с.
41. Cooper. M. The psychology of bulimia nervosa: a cognitive perspective. – Padstow.: Oxford University Press. – 2003. – 346 с.

42. Levine M.P. Loneliness and Eating Disorders // The Journal of Psychology. – 2012. – № 146. – С. 243-257.

Приложение 1

Индивидуальные данные испытуемых по методике определения наличия расстройств пищевого поведения «Тест отношения к приему пищи»

Испытуемый	Склонность к РПП в баллах	Испытуемый	Склонность к РПП в баллах
1	32	24	25
2	29	25	21
3	26	26	40
4	31	27	37
5	30	28	41
6	34	29	27
7	23	30	23
8	20	31	46
9	25	32	28
10	21	33	21
11	27	34	24
12	34	35	30
13	27	36	36
14	42	37	38
15	26	38	21
16	29	39	34
17	20	40	21
18	23	41	41
19	43	42	23
20	20	43	29
21	22	44	20
22	31	45	41
23	31	46	27

Приложение 2

Индивидуальные данные испытуемых по методике «Шкала оценки пищевого поведения» (по субшкалам)

№	Стремление к удобению	Булимия	Неудовлетворенность телом	Неэффективность	Перфекционизм	Недоверие в межличностных отношениях	Интерцептивная некомпетентность
1	9	14	7	5	6	1	10
2	9	3	8	7	9	4	1
3	8	2	12	10	9	4	1
4	11	8	7	14	4	6	11
5	9	2	12	11	15	8	4
6	12	3	10	12	11	7	3
7	5	6	6	8	3	5	11
8	5	10	7	11	1	12	9
9	8	6	8	7	12	10	4
10	4	4	9	9	9	10	2
11	11	12	9	13	6	11	15
12	14	4	18	17	14	13	5
13	10	5	14	12	13	10	5
14	8	10	7	7	4	4	11
15	6	3	10	5	10	3	3
16	13	15	8	7	8	7	14
17	5	7	11	12	8	4	4
18	4	1	8	12	8	6	2
19	7	7	12	10	9	10	4
20	5	9	5	9	4	2	10
21	7	9	7	16	7	5	8
22	14	8	16	14	13	8	6
23	11	5	14	17	10	11	5
24	8	4	9	12	7	10	2
25	5	2	9	10	8	3	1
26	10	11	7	6	6	7	14
27	10	4	13	8	11	12	5
28	7	3	8	9	11	10	2
29	9	8	6	9	6	10	12
30	7	2	9	7	9	7	0
31	11	13	9	13	3	10	10
32	15	7	19	18	14	15	4
33	5	10	8	14	7	12	9
34	12	7	17	13	13	12	3
35	14	5	15	10	14	15	5
36	8	15	8	10	4	8	14
37	10	2	15	7	12	11	4
38	7	3	12	10	12	9	0
39	9	4	10	12	10	8	2
40	6	11	7	9	5	5	12

№	Стремление к худобе	Булимия	Недоудовлетворенность телом	Неэффективность	Перфекционизм	Недоверие в межличностных отношениях	Интероцептивная некомпетентность
41	10	5	10	11	16	9	4
42	6	9	7	11	6	12	8
43	14	3	17	14	14	12	4
44	8	5	10	5	16	2	2
45	12	5	18	10	18	6	3
46	10	4	18	9	17	3	2

Приложение 3

Индивидуальные данные респондентов по методике «Шкала субъективного ощущения одиночества»

Испытуемый	Уровень субъективного ощущения одиночества (в баллах)	Испытуемый	Уровень субъективного ощущения одиночества (в баллах)
1	40	24	48
2	32	25	40
3	40	26	29
4	40	27	45
5	48	28	57
6	51	29	40
7	40	30	40
8	46	31	40
9	53	32	55
10	47	33	40
11	40	34	53
12	49	35	51
13	49	36	41
14	50	37	40
15	28	38	43
16	40	39	56
17	40	40	40
18	40	41	48
19	47	42	53
20	43	43	51
21	40	44	30
22	42	45	40
23	50	46	40

Приложение 4

Упорядоченные данные по ШСОО по принципу типа расстройства пищевого поведения

Испытуемый № (анорексия)	Баллы по ШСОО	Испытуемый № (булимия)	Баллы по ШСОО
2	32	1	40
3	40	4	40
5	48	7	40
6	51	8	46
9	53	11	40
10	47	14	50
12	49	16	40
13	49	20	43
15	28	21	40
17	40	26	29
18	40	29	40
19	47	31	40
22	42	33	40
23	50	36	41
24	48	40	40
25	40	42	53
27	45		
28	57		
30	40		
32	55		
34	53		
35	51		
37	40		
38	43		
39	56		
41	48		
43	51		
44	30		
45	40		
46	40		

Приложение 5

Ряд проранжированных значений (расчет критерия Манна-Уитни)

Испытуемый	Балл по ШСОО	Ранг
28	57	1
39	56	2
32	55	3
9	53	5
34	53	5
42	53	5
6	51	8
35	51	8
43	51	8
14	50	10,5
23	50	10,5
12	49	12,5
13	49	12,5
5	48	15
24	48	15
41	48	15
10	47	17,5
19	47	17,5
8	46	19
27	45	20
20	43	21,5
38	43	21,5
22	42	23
36	41	24
1	40	33,5
3	40	33,5
4	40	33,5
7	40	33,5
11	40	33,5
16	40	33,5
17	40	33,5
18	40	33,5
21	40	33,5
25	40	33,5
29	40	33,5
30	40	33,5
31	40	33,5
33	40	33,5
37	40	33,5
40	40	33,5
45	40	33,5
46	40	33,5
2	32	43
44	30	44
26	29	45
15	28	46

Приложение 6

Данные процесса вычисления коэффициента корреляции Пирсона

№	X	Y	$X - \bar{X}$	$Y - \bar{Y}$	$(X - \bar{X})^2$	$(Y - \bar{Y})^2$
1	32	40	2,9	-3,8	8,41	14,44
2	29	32	-0,1	11,8	0,01	139,24
3	26	40	-3,1	-3,8	9,61	14,44
4	31	40	1,9	-3,8	3,61	14,44
5	30	48	0,9	4,2	0,81	17,64
6	34	51	4,9	7,2	24,01	51,84
7	23	40	-6,1	-3,8	37,21	14,44
8	20	46	-9,1	2,2	82,81	4,84
9	25	53	-4,1	9,2	16,81	84,64
10	21	47	-8,1	3,2	65,61	10,24
11	27	40	-2,1	-3,8	4,41	14,44
12	34	49	4,9	5,2	24,01	27,04
13	27	49	-2,1	5,2	4,41	27,04
14	42	50	12,9	6,2	166,41	38,44
15	26	28	-3,1	-5,8	9,61	432,64
16	29	40	-0,1	-3,8	0,01	14,44
17	20	40	-9,1	-3,8	98,01	14,44
18	23	40	-6,1	-3,8	47,61	14,44
19	43	47	13,9	3,2	193,2	10,24
20	20	43	-9,1	-0,8	0,01	0,64
21	22	40	-7,1	-3,8	50,41	14,44
22	31	42	1,9	-1,8	3,61	3,24
23	31	50	1,9	6,2	3,61	38,44
24	25	48	-4,1	4,2	24,01	17,64
25	21	40	-8,1	-3,8	79,21	14,44
26	40	29	10,9	-4,8	118,8	219,04
27	37	45	7,9	1,2	62,41	1,44
28	41	57	11,9	13,2	141,61	174,24
29	27	40	-2,1	-3,8	4,41	14,44
30	23	40	-6,1	-3,8	37,21	14,44
31	46	40	16,9	-3,8	258,61	14,44
32	28	55	-1,1	11,2	1,21	125,44
33	21	40	-8,1	-3,8	65,61	14,44
34	24	53	-5,1	9,2	26,01	84,64
35	30	51	0,9	7,2	0,81	51,84
36	36	41	6,9	-2,8	47,61	7,84
37	38	40	8,9	-3,8	79,21	14,44
38	21	43	-8,1	-0,8	65,61	0,64
39	34	56	4,9	12,2	24,01	148,84
40	21	40	-8,1	-3,8	65,61	14,44
41	41	48	11,9	4,2	141,61	17,64
42	23	53	-6,1	9,2	37,21	84,64
43	29	51	-0,1	7,2	0,01	51,84
44	20	30	-9,1	-3,8	82,81	190,44

45	41	40	11,9	-3,8	141,61	14,44
46	27	40	-2,1	-3,8	4,41	14,44