

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РФ

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Факультет педагогики, психологии
и социальных наук

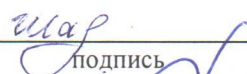
Кафедра «Прикладная
психология»

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

Бакалаврская работа
на тему:

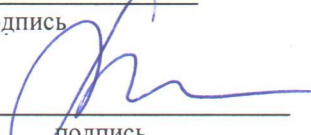
«Особенности физического «Я» у учащихся с отклонениями в пищевом
поведении»

Студент


подпись

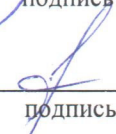
Шарина Кристина Алексеевна

Руководитель


подпись

Бухлина Л.Ю.

Нормоконтролер


подпись

Тигунова М.С.

Работа допущена к защите (протокол заседания кафедры от 21.06.2022 № 18)

Заведующий кафедрой


подпись

Медведева И.А.

Работа защищена с отметкой отлично (протокол заседания ГЭК от 01.07.2022 № 20)

Секретарь ГЭК


подпись

Тигунова М.С.

Пенза 2022

Содержание

Введение	4
Глава 1. Теоретическое исследование физического «Я» учащихся с особенностями пищевого поведения	8
1.1. Понятие физического «Я»	8
1.2. Формирование образа физического Я	12
1.3. Формирование пищевого поведения	19
1.4. Понятие отклонений пищевого поведения, причины и факторы, влияющие на их возникновение	28
1.4.1. Ограничительное пищевое поведение	32
1.4.2. Эмоциогенное пищевое поведение	32
1.4.3. Экстернальное пищевое поведение	34
Глава 2. Эмпирическое исследование по особенностям восприятия «Физического Я» у учащихся с отклонениями в пищевом поведении	36
2.1. Организация исследования и описание методик	36
2.2. Анализ и интерпретация результатов исследования пищевого поведения учащихся	39
2.3. Анализ и интерпретация результатов исследования различий физического «Я» у учащихся с различным пищевым поведением	48
Выводы	70
Заключение	72
Список использованной литературы:	74
Приложения	78

Введение

Психологическая проблема отклонений в пищевом поведении сегодня приобретает все большую актуальность. В настоящее время мы сталкиваемся с агрессивным маркетингом в области пищевых продуктов, который происходит через трансформацию рекламных ходов. На сегодняшний день действенная реклама идет не через телевизор, а через социальные сети и видеохостинги, появляются такие инструменты рекламы, как сторителлинг, посты в социальных сетях и фуд-блогерство. Подобная рекламная коммуникация влияет на человека так, что он «заражается» идеей и стремится передать ее другим людям, таким образом осознанно или неосознанно становясь распространителем рекламного контента.

Поэтому мы видим огромное давление маркетинга в области пищевой индустрии на психику детей и подростков, особенно на тех, у кого не была сформирована условно здоровая культура питания в семье, а та доступная и популярная пища в сетях быстрого питания в силу особенностей химического состава мгновенно подкрепляется центром удовольствия в головном мозге и заставляет испытывать желание именно к подобной еде в большом количестве. Проблема усугубляется тенденцией к виртуализации, что в свою очередь влечет снижение двигательной активности молодого поколения.

Также часто в литературе и научных публикациях упоминается о нарушениях пищевого поведения у конкретной возрастной категории населения, а именно, у подростков. Подобное и психологическое, и физическое состояние, связанное недоеданием или (и) перееданием, оказывает огромное влияние на здоровье молодого поколения.

На сегодняшний день от неполноценного питания страдает не менее трети населения планеты. Более чем у 40% людей (2,2 миллиарда человек) диагностированы избыточный индекс массы тела или ожирение.

Согласно данным, приведенным в статистике, количество детей с ожирением также постоянно увеличивается, удваиваясь каждые три десятилетия. В 2016 г. 340 млн детей и подростков в возрасте 5-19 лет имели

избыточный индекс массы тела или ожирение. В западных странах до 30% детей 7-11 лет и до 25% подростков 14-17 лет имеют избыточный вес. Общество по изучению ожирения Японии озвучило, что указанная проблема приобрела масштабный характер, угрожая здоровью человечества. Особую обеспокоенность вызывает рост ожирения в младшей возрастной группе.

Значительной ролью в регуляции процесса питания обладает пищевое поведение. Последнее рассматривается в контексте ценностного отношения к приему пищи, а также как стереотип питания в обычных условиях и в стрессовой ситуации, и как поведение, ориентированное на образ своего тела, и как деятельность по формированию данного образа (Менделевич, 2008).

Существует множество исследований, изучающих отклонения пищевого поведения, в отечественных публикациях определение и критерии условно здорового пищевого поведения отсутствует. При этом особенности отклоняющегося пищевого поведения изучены в достаточной степени. Это позволяет методом исключения отличить только ту «норму», которая не является «патологией», т. е. здоровье понимается как отсутствие отклонений.

Именно поэтому достаточно трудной задачей представляется разграничение условно здорового пищевого поведения от проявлений уровня клинических его вариантов (Михайлова, 2018).

Таким образом, проблема отклонений в пищевом поведении является актуальной темой исследования.

До недавнего времени отклонения пищевого поведения рассматривались только как медицинский диагноз, однако теперь проблему пищевого поведения изучают и как психологическое расстройство. Исследованием этой темы занимаются известные медики и психологи: Бухарова Э.А., Вахмистров А.В., Вознесенская Т.Г., Гаврилов М.А., Гинзбург М.М., Дорожевец А.Н., Кислова Е.К., Коркина М.В., Креславский Е.С., Малкина-Пых И.Г., Менделевич В.Д., Минабутдинов Ш.Р., Ротов В.А., Скугаревский О.А., Томэ Х., Цивилько М.А., Циркин С.Ю. и др.

Цель – исследование особенностей физического "Я" у учащихся с отклонениями в пищевом поведении для разработки рекомендаций относительно оптимизации их образа физического «Я».

Объект – физическое «Я» учащихся.

Предмет - особенности физического «Я» у учащихся с отклонениями в пищевом поведении.

Гипотеза – существуют различия в образе Физического «Я» у учащихся с отклонениями в пищевом поведении и без них, так меньшая удовлетворенность образом собственного тела, более неадекватная оценка своего Физического «Я» и повышенный индекс массы тела присущи учащимся с отклонениями пищевого поведения относительно их здоровых в пищевом поведении сверстников.

Задачи:

1. Провести теоретический анализ особенностей формирования отклонений в пищевом поведении у учащихся
2. Организовать эмпирическое исследование и обосновать выбор психодиагностических методов и методик
3. Провести анализ и интерпретацию результатов исследования, сформулировать выводы
4. Разработать рекомендации для оптимизации пищевого поведения учащихся через работу с образом физического «Я»

В качестве **методов** исследования были использованы:

1. теоретический: анализ научной литературы, теоретическое обобщение данных;
2. эмпирический: опрос, метод количественного и качественного анализа результатов исследования; анализ школьной медицинской документации; измерение индекса массы тела.

Были применены следующие методики:

1. Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ);
2. Опросник образа собственного тела (О.А. Скугаревский, С.В. Сивуха);

3. Рисунок «Мое тело»;
4. Методика диагностики самооценки Дембо-Рубинштейн;
5. Разработанная анкета для получения данных об ИМТ студентов

Методы математической статистики: χ^2 – критерий углового преобразования Фишера, t-критерий Стьюдента для независимых выборок.

База исследования – Исследование проводилось на нескольких базах МБОУ СОШ №49 и ПИ им. В. С. Белинского факультет ФППиСН. Общая выборка составила 161 человек, из которых 71 девочка и 93 мальчика в четырех возрастных категориях: младший подростковый 43 человека, старший подростковый 49 человек, ранний юношеский 50 человек и студенты 17 человек.

Теоретическая значимость исследования заключается в выявлении недостаточной теоретической базы исследования, а именно отсутствия общепринятой классификации отклонений в пищевом поведении, трудности с определением отклонений и нарушений в пищевом поведении. В работе отражается психологическая сторона отношений учащихся с едой, которая находится в норме.

Практическая значимость проделанной работы заключается в выявлении распространения и распределения отклонений в пищевом поведении у разных возрастных групп, а также их степень удовлетворения образом собственного тела и уровень их самооценки. Выявлены особенности физического «Я» у учащихся разного возраста с отклонениями в пищевом поведении.

Структура работы – работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы и приложений.

Глава 1. Теоретическое исследование физического «Я» учащихся с особенностями пищевого поведения

1.1. Понятие физического «Я»

На сегодняшний день тело для человека играет значительную роль в профессиональной, общественной и даже личной успешности. возможно даже сказать, что представления о теле представлены сейчас одним из аспектов общественных представлений о человеке и его месте в обществе. Также в обществе проявляется все больший интерес стабилизации физического и эмоционального здоровья учащихся. Однако, до сих пор в школе упор делается на умственное развитие, а не на психологическое, что возможно негативно повлияет на позицию учащихся к себе и к друг другу.

Основой для цели человека видоизменить свое тело является субъективное восприятие образа своего тела, не реальные его физические параметры. В психологии представление личности о своих телесных параметрах, собственной привлекательности отражено в понятиях телесное «Я» или физическое «Я», как одно из измерений цельной Я-концепции. Многие исследователи (Р. Бернс, Е. Т. Соколова, В. С. Мухина, И.И. Чеснокова, М. Владимирова, И.С. Кон, А.Ш. Тхостов, А.А. Налчаджян, Черкашина А.Г., Черкашин В.И. и др.) подчеркивают, что представления о своем теле, его размерах, форме, привлекательности, служат важнейшим источником формирования представления о собственном «Я».

При таком разнообразии психологических исследований мы сталкиваемся с проблемой отсутствия единства терминологии образа представления в сознании различных аспектов физического опыта. А поскольку за каждым определением физического «Я» стоят разные эмпирические данные и теоретические построения, этот вопрос нуждается в конкретизации.

Точное представление о себе в раннем подростковом возрасте чрезвычайно важно. Этот период является сенситивным для развития

негативного отношения к своему телу, что может привести к психическим расстройствам, высокому уровню тревожности и неадекватному поведению. В этот момент создается новый образ тела путем переосмысления предыдущего опыта и стандартов [1].

Образ тела и отношение к своей внешности являются одними из наиболее значимых личностных факторов, влияющих на поведение человека. Понимание и создание своего тела происходит на протяжении всей жизни через собственный опыт и взаимодействие с другими.

В работах о телесном «Я» до сих пор можно встретить употребление термина «схема тела» как синонима. Например, в большом психологическом словаре под редакцией Б. Г. Мещерякова и В. П. Зинченко в разъяснении понятия «Я-концепция» можно прочесть, что физический Я-образ является одним из уровней Я-концепции и тождественен схеме тела [4, с. 579].

Однако в психофизиологии и медицинской психологии понятие «схема тела» имеет совершенно иное значение. Это модифицированная мозгом схема организма, отражающая его структурную систему и представленная в определенных сенсомоторных областях коры головного мозга. Схема тела обеспечивает регуляцию расположения частей тела, контроль и коррекцию двигательного акта в зависимости от внешних условий. Физиологической основой контура тела является функциональная система нейронов коры головного мозга, интегрирующая поток чувствительных импульсов от самого тела и его частей.

В настоящее время наиболее распространен взгляд на образ тела как на «сложное комплексное единство восприятия, установок, оценок, представлений, связанных с телесной внешностью и с функциями тела» [36, с. 22].

Соколова Е. Т. особо отмечает классификацию Р. Шонца (1981), который в своей теоретической конструкции рассматривает образ тела на четырех уровнях: «схема тела», «телесное Я», «телесное представление» и

«концепция тела» [36, с. 22]. Мы относим эти уровни к различным дефинициям Я-физического, встречающимся в литературе.

Анализ научных источников показывает, что в психологии феномен «образа тела» не является новой проблемой. Специалисты утверждают, что образ тела является структурным элементом Я-концепции, который воздействует на человека, а также служит источником информации о характере человека, его проблемах, комплексах и стереотипах (Р. Берне, М. О. Мдивани, П. Шильдер) [17, 24].

Феномен образа тела изучается различными науками, такими как медицина, философия, культурология и психология, что привело к развитию различных теорий и концепций, объясняющих его сущность и понятие.

Литература содержит большое количество теоретического и эмпирического материала, необходимого для понимания концепции образа тела. В числе зарубежных исследователей считаем необходимым выделить работы П. Шильдера, который первым в 1935 г. ввел термин «образ тела» и определил его в своей работе «Образ и внешний вид человеческого тела» как многогранный феномен. П. Шильдер, рассматривая образ тела преимущественно как схему тела, замечает, что образ тела обозначает картину собственного тела, какой она представлена индивиду в его сознании [27], т. е. образ тела — это субъективное переживание человеком своего тела, как ментального пространственного образа, который формируется в результате межличностного взаимодействия. П. Шильдер также предполагал, что тело образуется впечатлениями и раздражениями, проходящими через телесные ощущения, и что между телом и миром существует связь. Большинство ученых и исследователей рассматривают образ тела в качестве одного из важнейших компонентов самосознания (Бернс Р., Мдивани М. О., Соколова Е. Т. и др.) [7].

В процессе формирования образ тела неотделимо включается во все звенья структуры самосознания: притязание на признание, половая

идентификация, психологическое время личности, общественное пространство личности, реализуемое посредством прав и обязанностей.

В отечественной психологии основоположником направления, связанного с изучением влияния тела на формирование личности, является Л. С. Выготский. Он утверждал, что человеческое тело отчасти является культурно детерминированным предвидением. По его словам, трудности с нарушением организма появляются при отклонении человека от своего культурно-исторического пути, что может привести к различным психосоматическим расстройствам [8, с. 228–291].

Таким образом, на основе анализа литературы мы выделили шесть ключевых определений самофизического:

- схема тела - суммарный физический сенсомоторный эквивалент тела в коре головного мозга;
- образ тела - сложная единая целостность восприятия, отношения, оценки, представления, сочетающаяся с физическим обликом и функциями тела (Е. Т. Соколов);
- понятие тела - формальное знание тела, которое выражается через общепринятые знаки (Р. Шонц);
- телесность - феноменологическая реальность, представляющая собой совокупность биопсихосоциальных аспектов физического существования субъекта в материальном мире (Д. А. Бескова);
- Я-телесный субъект, тело которого является вместилищем его Я и опосредует эмоциональную и психомоторную координацию субъекта с миром;
- Я-физический продукт самосознания, одно из измерений Я-концепции человека, включающее когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты.

1.2. Формирование образа физического Я

Обзор сложной структуры самофизического человека предполагает понимание динамики его развития, начиная с раннего детства.

В первые шесть месяцев грудного возраста происходит особенно сильное формирование сенсорных механизмов восприятия: зрительных, слуховых, тактильных, кинестетических, следствием чего является овладение актом хватания — первоначальными организованными и направленными усилиями ребенка. Формируются простые формы восприятия и дают возможность развивать более сложное предметное восприятие мира, а также высшие психические функции: внимание, речь, наглядно-действенное мышление. По мнению Л. С. Выготского, в раннем детстве все психические функции формируются «вокруг восприятия, через восприятие и через восприятие». Это утверждение полностью связано с появлением самосознания, предпосылкой для развития которого является фактическое сенсорное восприятие, базовые моторные навыки и ощущение того, что вы физическое существо, внутри вашего тела. В дальнейшем, благодаря самопознанию в зеркале, дифференцируется Я-образ тела, который вместе с развитием Я-концепции проявляется на разных уровнях, в разных аспектах. [2].

Стадии развития физического «Я» в онтогенезе достаточно подробно рассматриваются в работах зарубежных и отечественных авторов. Можно отметить ключевые этапы развития физического «Я»: первый год жизни, детство, отрочество и подростковый возраст. Считается, что во взрослом возрасте у человека уже есть сформированная Я-концепция и достаточно устойчивая самооценка. Поэтому исследования не уделяют особого внимания изучению физического «Я» во взрослом возрасте.

В первый год жизни мать и ребенок представляют собой «психосоматическую единицу». Они живут в диадическом симбиозе, в задачи которого вступает удовлетворение базисных потребностей ребенка.

Постепенно через тактильную, эмоциональную и физическую связь с матерью ребенок учится улавливать и переживать свои личные потребности и физические реакции; оно приводит их к осознанию своего тела, его контуров, границ, функций и возможностей, к ощущению отделения своего тела от тела матери. С помощью языка телесного общения, запретов, форм реагирования на потребности ребенка мать придает различным частям тела ребенка разные значения, что особенно важно для социализации тела.

Начало выделения себя из мира авторы связывают с дифференциацией между ребенком и матерью, ощущением отдельности своего тела от тела матери и формированием образа тела у младенца.

Процесс формирования физического «Я» в детском возрасте достаточно подробно изучен в психологии (Е.Т. Соколова, В.С. Мухина, И.И. Чеснокова, М. Владимирова, И.С. Кон, А.Ш. Тхостов, А.А. Налчаджян, Р. Бернс и др.).

Важным моментом в развитии самосознания В. С. Мухина называет период «кризиса трех лет», когда ребенок учится чувствовать источник своей воли, чувствовать себя вполне способным действовать самостоятельно. Ребенок уже отделяет себя от других людей и приходит к осознанию собственного потенциала через чувство овладения телом. В этот период ребенок через движения, телесные проявления показывает и доказывает взрослому свою самостоятельность, демонстрирует свои умения [22].

В детстве происходит усиленное создание когнитивных и аффективных частей образа тела. Среди условий формирования положительного или отрицательного образа телесного Я в детстве авторы называют воспитание, атмосферу в семье и характер детско-родительских отношений. Таким образом, враждебность, отдаленность, пренебрежение к своим родителям, проявляющиеся в родителях, оборачиваются дефектом самооценки вплоть до неприязни к себе — своим чертам, своей внешности. В результате оценка внешности не связана с объективными физическими данными ребенка, а зависит от положительного или отрицательного отношения родителей и ближайшего окружения. Более того, впечатление от своего внешнего вида

имеет тенденцию передаваться на самооценку человека в целом, и наоборот – позитивное отношение к себе в целом сможет сделать внешность более привлекательной в их глазах: «Рост человека, его вес, телосложение, здоровье, зрение, цвет лица и т.д. способны стать ведущими составляющими его отношения к себе, главными факторами, определяющими его чувство собственной ценности, адекватности и приемлемости своей личности» [2, с. 96].

В подростковом и юношеском возрасте, как отмечают авторы, происходит особенно интенсивное формирование образа тела: когнитивный компонент за счет интенсивных изменений внешности; аффективный – из-за неустойчивости самооценки в этом возрасте (Е.Т. Соколова, В.С. Мухина, И.И. Чеснокова, М. Владимирова, И.С. Кон, А.Ш. Тхостов, А.А. Налчаджян, Р. Бернс, Черкашина А.Г., Черкашин В.И. и др.).

Самооценка особенно важна. Определяющим условием для ее формирования является установка на принятые в обществе стандартные типы мужественности или женственности. Обнаружение явных или воображаемых телесных недостатков серьезно расстраивает подростков, вызывая тревогу и дезадаптацию [6, 12, 15].

Важным аспектом проблемы самооценки по поводу внешности подростков являются гендерные различия в ее проявлениях. В этом возрасте содержание основной деятельности составляет интимно-личностное общение со сверстниками, а наибольшее субъективное значение приобретают мнения и оценки референтной группы. Подростку становится крайне важно, как к нему относятся окружающие. Это, прежде всего, связано с собственным внешним видом: протяженностью лица, прической, фигурой, манерой держать себя и др. встречаются гендерную идентификацию: «я как мужчина», «я как женщина». Особое значение в этом отношении придается собственной привлекательности – это имеет первостепенное значение в глазах сверстников [6, с. 372].

Юношеский возраст, как отмечают многие исследователи, характеризуется периодом изменения образа тела и его перестройки (И.С. Кон, С. Фишер, М.О. Мдивани и др.) [13, 17].

Выделяют три направления изменений в подростковом возрасте, связанных с развитием и формированием образа тела:

- развитие и изменение строения тела;
- развитие и изменение Я-концепции;
- развитие и изменение гендерной идентичности или принадлежности.

Все они взаимосвязаны и влияют друг на друга.

В юном возрасте происходит изучение его тела, его многофункциональных и телесных особенностей. Этот процесс связан как с возрастом, так и с полом. При этом женщины знают о своем теле лучше, чем юноши, за счет социальной и биологической составляющих.

В.Н. Куница утверждает, что в юношеском возрасте внешний облик и отношение к нему влияют на формирование таких личностных качеств, как жизнерадостность, замкнутость, индивидуализм [16, с. 64].

Важными условиями гармоничного развития личности являются искусство владения телом и саморегуляция. В быту она воспроизводится у человека в телодвижениях и ощущениях своего тела.

Д. Н. Исаева пишет, что неудовлетворенность своим телом и внешним видом приводит к тревоге, которая в свою очередь может привести к негативным психическим последствиям (стресс, депрессия). Для сохранения единства своего «Я» у человека вырабатываются защитные механизмы, искажающие образ «Я», но сохраняющие положительное отношение к себе [12, с. 102].

Влияние внешней оценки сверстников на отношение к своему телу отмечал Р. Бернс [2]. Он утверждал, что юноши и девушки очень восприимчивы к своему телу и внешности, сравнивая свое становление с развитием сверстников. В этот момент крайне важно, как их тело реагирует на

стереотипный образ мужественности и женственности. При этом юношеская модель красоты часто бывает идеализированной и нереальной.

Еще одной важной особенностью этого возраста является формирование гендерной идентичности или гендерных ролей, связанных с изменениями в организме. В. Райх писал, что существует конфликт между стереотипами общества и сексуальной реальностью, что приводит к психологическим расстройствам и отказу от выполнения этой биологической функции [24, с. 224].

В.Е. Каган и Д.Н. Исаев пишут о важности гендерной идентификации и гендерной роли в развитии образа тела в данном возрасте. Не только половые функции, но и отношения с родителями в период воспитания играют значительную роль в построении телесных образов. Очень важно, чтобы человек чувствовал себя идентичным своему полу. [26].

Так что появление человека, как ничто другое, способно вызвать абсолютно обусловленную социальную реакцию. Формирование образа телесного «Я» происходит в результате воздействия социально-психологических источников и представляет собой двойственный процесс. С одной стороны — это влияние общества, которое проявляется во мнениях, мнениях, идеях, стереотипах, стандартах. С другой стороны, это самостоятельное понимание и дифференцированно-выборочная оценка, основанная на индивидуальных критериях.

Представление о себе — гораздо более значимый элемент юношеского самосознания, чем обычно думают взрослые. Так же как и подростки, подростковый возраст характеризуется болезненным вниманием к представлениям о норме в отношении роста тела, размеров, веса, пропорций и т. д. Изменения во внешности, вероятно, более болезненны для девочек, чем для мальчиков, потому что внешний вид более значителен для них. В связи с этим у девушек Я-концепция больше коррелирует с оценкой привлекательности своего тела, чем с оценкой его эффективности [6].

Уверенность в своей физической привлекательности к тому же взаимосвязана с успешностью межличностного общения и проявляется в самопрезентациях внешности. Правильно сформированная Я-концепция, соответствие физического развития общепринятым в группе сверстников и друзей нормам, эмоционально переживаемое девочками, все чаще влияет на их общие взаимоотношения, является определяющим условием в общественном признании и положении в группе, в успешной гендерной идентичности [16].

Так проблема формирования адекватного образа физического «Я» актуальна для подавляющего большинства современных девушек и некоторых юношей, поэтому их образ физического «Я» далек от идеала, им трудно принять себя и осмыслить. их самооценку, самооценку и самооценку.

Необходимо помнить, что представление о теле является одной из частей Я-концепции и напрямую влияет на психическое самочувствие человека. Формирование представленной части Я-концепции в пубертатном и постпубертатном возрасте - длительный и сложный процесс, который зависит от оценки физического состояния человека обществом, близкими людьми, соблюдения его основных норм и общепринятых стандартов. Неудовлетворенность образом своего физического «Я» и многочисленные попытки «улучшить» свой внешний вид являются основными причинами эмоционального дискомфорта и хронического стресса, которые ввергают в серьезные расстройства как пищевого поведения, так и здоровья в целом. Задача окружающих — помочь людям принять себя, осознать свою уникальность, красоту, значимость («меня никто не любит и никогда не полюбит, потому что я толстая»), выработать устойчивую положительную самооценку и избавиться от ложных установок. о себе и окружающем мире.

В развитии личности переломным периодом представляется собственно ранняя юность, потому что в этот период происходит разложение старого и создание нового образа тела. Поэтому в данном исследовании мы рассматривали именно этот возрастной этап личности.

В нашем исследовании мы рассматриваем восприятие образа физического «Я» через призму отклонений в пищевом поведении. Поэтому для полноты темы введем описания восприятия студентами собственного тела с диагнозами расстройств пищевого поведения. Таким образом, к основным пищевым аддикциям относятся нервная анорексия и нервная булимия. «Общими для них являются следующие параметры:

- забота о контроле веса тела;
- изменить образ своего тела;
- изменение значения еды в иерархии ценностей» [18, с. 406].

Нервная анорексия - это «преднамеренное снижение веса, которое вызывается и поддерживается самим индивидом» [18, с. 407]. Такое пищевое поведение характеризуется отказом от пищи, что как правило, связано с недовольством своей внешностью, избыточной, по мнению самого подростка, полнотой.

Нервная булимия «характеризуется повторяющимися приступами переедания, невозможностью даже короткое время обходиться без пищи и чрезмерной озабоченностью контролированием веса тела, что приводит подростка к принятию крайних мер для смягчения «полнящего» влияния съеденной пищи» [18, с. 407–408].

Компульсивное переедание - расстройство пищевого поведения, когда подросток за один прием съедает чрезмерное количество пищи.

Большинство учащихся с отклонениями пищевого поведения имеют избыточный вес. Они подвержены высокому риску гипертонии и сердечно-сосудистых заболеваний. Многие дети из-за своих пищевых привычек испытывают сильные эмоции стыда и вины. Переедающие подростки стараются держать это в секрете. Может оказаться, что в доме пропадает большое количество еды, это могут заметить члены семьи.

1.3. Формирование пищевого поведения

Пищевая потребность – одна из основных жизненных потребностей всех живых существ, которая направлена на поддержание внутреннего гомеостаза. Пища обеспечивает живой организм необходимыми запасами энергии, способствует строительству новых клеток и созданию сложных химических соединений, необходимых для правильного функционирования организма. Известный психолог Абрахам Маслоу классифицировал пищевое поведение как группу «истинных» или первичных потребностей (физиологических потребностей) человека, удовлетворение которых необходимо для развития потребностей более высокого уровня. Он писал: «Если человеку нечего есть и если ему при этом не хватает любви и уважения, то все-таки в первую очередь он будет стремиться утолить свой физический голод, а не эмоциональный» [15, с. 114].

Очевидно, что вкусовые предпочтения обусловлены генетической предрасположенностью, заключающейся в выборе сладкого или соленого в качестве любимых вкусов, при этом горькие и кислые вкусы сочетаются с неудовлетворенностью.

Однако после рождения пищевые привычки начинают меняться под влиянием значимых пожилых людей и окружающей среды. Количество съеденной пищи, ритуалы, связанные с процессом приема пищи, индивидуальны для каждого человека, а пищевые привычки могут формироваться многими внешними факторами. Например, семейные традиции, религиозные убеждения, жизненный опыт, влияние существующих стереотипов, связанных с едой, и другие.

Так, в обзоре, охватывающем работы по изучению пищевого поведения в период с 1992 по 2003 год, выделены общие и индивидуальные факторы. К общим факторам относится социальное окружение и семейная среда, школьная среда, интернет и пр. Знания и установки в отношении питания, а

также вкусовые предпочтения составляют вторую группу переменных [35, с.90].

В. Д. Менделевич под пищевым поведением понимает «ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, ориентация на образ собственного тела и деятельность по его формированию» [18, с. 406]. «Пищевое поведение человека включает в себя не только удовлетворение физиологических и биологических, но также социальных и психологических потребностей» [18, с. 102]. Таким образом, автор пришел к выводу о необходимости отделения проблемы потребления от проблем изучения только процесса пищеварения [9].

Формирование пищевого поведения — сложный подвижный процесс, который начинается с рождения и продолжается всю жизнь. Поскольку пищевые привычки прививаются в детстве, необходимо знать причинно-следственные условия для разработки эффективных образовательных стратегий формирования здорового пищевого поведения.

Пищевые потребности играют важную роль в первые годы жизни человека с точки зрения развития эмоциональной привязанности и базового доверия к миру. Ребенок избавляется от телесного дискомфорта, особенно во время грудного вскармливания, при этом акт насыщения отождествляется с ощущением, что ребенок любим.

Кроме того, малыш испытывает приятные тактильные ощущения во время кормления. Психоаналитики отмечают, что в течение первых 18 месяцев все желания малыша целиком и полностью концентрируются вокруг материнской груди, выступающей в качестве удовлетворяющего объекта. Чувства сытости, удовольствия и безопасности в опыте ребенка переплетаются. Впоследствии для взрослого чувство сытости будет равносильно безопасности, а бессознательное удовлетворение потребности в еде поможет уменьшить страхи и тревоги [28, с.254].

Во время грудного вскармливания ребенок приобретает опыт определения чувства голода и сытости, вырабатывает регуляторные

способности, а общение с матерью во время этого процесса способствует развитию целеустремленности и элементарного доверия ребенка к миру.

В связи с этим здоровое пищевое поведение становится вероятным только в ситуации абсолютной помощи матери, что проявляется, в том числе, в способности матери чувствовать потребность ребенка в питании. Однако если мать не проявляет любви к своему ребенку, отвергается или торопится во время кормления, у ребенка могут развиваться враждебные импульсы по отношению к матери, которые он вытесняет.

Материнская депривация ведет к внутренней дихотомии в сознании ребенка, запуская сильную динамику либидо и деструктивных импульсов. двойственность эмоций вызывает разные вегетативные реакции, носящие дезадаптационный характер. Неуважение к потребностям новорожденного может привести к разнообразным нарушениям поведенческих реакций (резкая смена моментов продолжительного плача, апатия и др.

Нарушение пищевого поведения может проявляться и в другой ситуации, когда по первым сигналам плача мама сразу начинает кормить ребенка. В результате ребенок учится добывать пищу как средство для достижения самых разных целей (в этом возрасте речь идет прежде всего об уюте, любви и доброте). В дальнейшем взрослый человек может использовать чревоугодие как механизм, ограждающий личность от самых разных опасностей, и помогающий справляться с различными препятствиями.

Еще одним фактором формирования дезадаптивных пищевых установок в младенческом возрасте является эмоциональная обедненность диадических отношений [36, с.103]. Это тот случай, когда матери слишком много внимания уделяют кормлению в ущерб эмоциональному общению со своим ребенком, в результате чего еда становится единственным средством общения между ними. ребенок воспримет эмоциональный отклик как неприемлемый или пугающий, что в дальнейшем приведет к формированию убеждений о нежелательности и недопустимости эмоционального выражения. Это, в свою очередь, может привести к развитию вторичной реакции на вытесненные

эмоции в виде стыда, вины и отвращения к людям, позволяющим себе выплескиваться в эмоции и чувства.

Таким образом, чувственный контакт матери с малышом, предоставление ему свободы в регуляции личных физических потребностей и абсолютное принятие малыша являются основными механизмами развития адекватных пищевых стратегий в младенческом возрасте.

Первые три года жизни занимают особое место в развитии пищевого поведения ребенка, так как оно непосредственно связано с его двигательным, познавательным и социальным развитием. В раннем детстве у ребенка, испытывающего базовое доверие к окружающему миру, формируются автономные качества, обретая определенную «эмоциональную обособленность» от родителей. Ребенок заслуживает самостоятельности в регуляции своего поведения (в том числе и пищевого) за счет развития двигательных и речевых навыков. Теперь он волен сам определять нужное количество еды, особенно время приема пищи, вкусовые предпочтения и прочее.

Психологи подчеркивают, что в этот период очень важно давать детям свободу выбора во время еды: делать перерывы в кормлении, когда ребенок устает; позволяйте ребенку играть или отвлекаться во время кормления. Возможны некоторые разрешения в отношении «любимой» и «нелюбимой еды». Это позволит исключить возникновение неophobia (негативного отношения к новым продуктам) в раннем периоде [33, с.47].

В целом неophobia — защитная форма поведения всех живых организмов, исключающая опасность употребления в пищу несъедобных или опасных веществ. Однако в дальнейшем это становится серьезной задачей как для родителей, так и для педиатров из-за невозможности добавления в рацион важных продуктов.

Благоприятная и безопасная обстановка, спокойная обстановка, общие эксперименты с едой помогут избежать такой проблемы. Также для того,

чтобы ребенок взял предложенную ему еду, необходимо многократное (до 10-15 раз) повторение попыток.

Пищевое поведение в раннем возрасте во многом определяется спецификой воспитания. Родители оказывают существенное влияние на формирование пищевых привычек детей через их пищевое поведение и отношение к еде. Взаимодействуя с важными взрослыми, ребенок усваивает четкие модели пищевого поведения.

Например, мать занимает авторитарную позицию по отношению к кормлению и считает, что ребенок обязан съесть все, что лежит в тарелке (принцип «чистой тарелки»). Такая стратегия поведения вполне объяснима с точки зрения эволюции: недостаток пищи во все времена был и считается серьезной угрозой для здоровья и развития детей. Во многих обществах грудные дети воспринимаются как здоровые и счастливые, поэтому, чтобы избавиться от различных стрессовых ситуаций, родители обязаны как можно чаще кормить своих детей [30, с.135].

Во взрослом возрасте при подобной модели формирования пищевого поведения человек не умеет распознавать чувства голода и насыщения. Он будет прекращать прием пищи не в зависимости от насыщения, а в зависимости от установленного числа еды. В итоге это может привести к нарушению внутреннего контроля над количеством съеденной пищи, что часто приводит к риску ожирения и сопутствующим заболеваниям. К примеру, исследовалась связь пищевых установок родителей и особенности предпочтения пищи для своих детей. Оказалось, что позиция родителей «Чем больше, тем лучше» отрицательно воздействует на пищевое поведение детей и приводит к росту массы тела ребенка.

Родители, занимающие позицию «чистой тарелки», считают, что их дети не готовы заранее определять количество достаточного количества пищи и регулировать свой энергетический баланс. Однако ряд исследований показал, что дети уже в возрасте 2 лет способны координировать свой ежедневный рацион и определять правильный размер порции.

Рассмотрим модель развития пищевого поведения, в которой каждый дискомфорт малыша мама заменяет едой. Например, если ребенок поранился или сильно расстроился, мама призывает съесть что-нибудь вкусненькое. Пищевое поведение в этих условиях наделено дополнительной функцией - снятием негативных эмоций и физической боли. Во взрослом возрасте у такого человека часто возникает механизм «стресс-пищевого поведения», что может привести к формированию ожирения, нервной булимии, эпизодов компульсивного переедания.

Возможны также ситуации, при которых мама сопровождает различные манипуляции с едой утверждениями: «Чем больше съешь, тем здоровее будешь; не съешь все, будешь часто болеть»; и др. Нетрудно догадаться, что ребенок научится в будущем есть для своих целей, получая при этом вторичную пользу («Я пою, когда покупаешь новая игрушка»). Далее, «голодовки протеста» в подростковом возрасте могут превратиться из цели в самостоятельный мотив, в результате чего повышается риск развития ограничительного пищевого поведения [29, с.100].

Таким образом, дезадаптивные пищевые привычки, сформированные в детстве и раннем детстве, могут привести к формированию расстройств пищевого поведения в будущем. Вот результаты исследований, которые указывают на предположения.

Например, в одном кросскультурном исследовании было обнаружено, что у пациентов с нервной анорексией в два раза чаще в сопоставлении с контрольной группой встречались проблемы, сопряженные с питанием и перевариванием пищи в младенческом возрасте. В другой работе авторы показали, что проблемы, связанные с пищеварением, привередливость и избирательность в еде, детские протесты против «нелюбимой еды» впоследствии приводят к развитию расстройств пищевого поведения. Четырехлетнее лонгитюдное исследование на выборке младенцев в возрасте 3–12 месяцев с ранним отказом от еды выявило проблемы с пищевым поведением и привычками у тех же субъектов в более позднем возрасте.

Пищевое поведение детей дошкольного возраста имеет определенные особенности. Так, по данным одного исследования, для дошкольников характерно медленное жевание; немотивированная тревога и отказ от еды, сочетающиеся с рассеянностью. К шести годам изображенные особенности пищевого поведения становятся менее выраженными, так как происходит последующая социализация пищевых потребностей [11, с.254].

В дошкольном возрасте пищевое поведение претерпевает ряд изменений. В настоящий момент потребность в пище часто актуализируется в ответ на внешние раздражители, что увеличивает возможность изменения индекса массы тела в сторону его увеличения. Кроме того, родители могут снизить истинный вес своего ребенка, повысив шансы на развитие ожирения в дошкольном возрасте. В большом исследовании с участием более четырех тысяч детей в возрасте 4 лет было установлено, что дошкольники с высоким индексом массы тела остаются довольными в ответ на внешние условия (если в их окружении есть такая возможность). Поскольку пищевое поведение детей дошкольного возраста остается зависимым от семейного контекста в большей степени, чем от психосоциальных и культурных факторов, установление пищевых предпочтений должно осуществляться в контексте домашних традиций и обычаев, а отец должен занимать конструктивную позицию «воспитателя пищевых привычек».

Одно исследование показало, что дети предпочитают более разнообразную диету во время совместного приема пищи с родителями по сравнению с ситуациями, когда им нужно есть в одиночестве. В другом исследовании было показано, что дети начинают есть значительно больше молочных продуктов, фруктов и овощей после наблюдения за тем, как их родители едят окрашенные продукты.

Особого внимания заслуживает конструктивная позиция старейшин во время коллективных трапез. Родители могут положительно реагировать на пищу, которую они едят, побуждая своего ребенка узнавать цвет, форму и вкус пищи, которую они едят; не следует довольствоваться одним разговором о еде:

повышенное внимание к еде может ослабить энтузиазм ребенка к обеду. Однако дети могут повторять не только хорошие пищевые привычки своих родителей, но и негативное отношение к еде, своей фигуре, весу и др. Ряд исследований показал, что существует связь между беспокойством матери и дочери по поводу веса и ограничительным поведением матерей в еде, тесно связанным с диетой дочерей [31, с.187].

Ограничительное пищевое поведение матерей сможет также побуждать чревоугодничество у их детей, в особенности это касается дочерей. В одном исследовании, например, было установлено, что у девочек старше 5 лет с избыточной массой тела, матери которых удерживают от приема пищи, наблюдается склонность к насыщению при отсутствии чувства голода. Аналогичное исследование обнаружило связь между замедлением пищевого поведения матерей и их дочерей с избыточным весом в возрасте 3-6 лет. На наш взгляд, одним из способов профилактики риска расстройств пищевого поведения в дошкольном периоде является подготовка родителей к позитивной модели здорового питания, в которой учитываются отношение к еде, вкусовые предпочтения, семейные ритуалы, организованность и систематизация детского рациона.

Отдельного, на наш взгляд, рассмотрения заслуживает родительский обзор детского питания. Существуют две формы такого контроля. Первая форма включает в себя удержание детей от употребления в пищу полуфабрикатов, вредной пищи и общего количества потребляемой пищи; вторая форма заставляет детей есть очень здоровую пищу. На практике чаще используются комбинированные стратегии контроля. Сдержанность как форма контроля приводит к неблагоприятным результатам. Поскольку дети часто думают о «запретной пище», они начинают потреблять пищу «про запас», поэтому охота является закуской при отсутствии чувства голода. Это приводит к снижению регуляторных способностей, увеличению массы тела, возникновению отрицательной самооценки и др. Например, одно исследование показало, что дети в возрасте 3–6 лет уделяют больше внимания

недоступной еде. В другом исследовании дети ели «запрещенные» продукты значительно чаще, чем в ситуациях, когда родителям разрешалось есть те же продукты [32, с.97].

Исходя из всего описанного, лимитирование одной группы продуктов и принуждение к употреблению других может привести к формированию дихотомического мышления в отношении пищи, т. е. разделение «плохая» и «хорошая» еда, а это влечет за собой формирование дезадаптивных пищевых стратегий поведения.

Вторая форма контроля, при которой родители заставляют детей потреблять выбранную ими пищу в предписанном количестве, также контрпродуктивна по той простой причине, что дети не учатся свободно координировать свой энергетический баланс. Авторитарная фигура родителей в отношении питания, не учитывающая потребности и запросы ребенка, может привести к перееданию, избыточному весу, отказу от еды, повышенной избирательности и требовательности в еде и др. Кроме того, подобное поведение увеличивает возможность потребления их детьми нездоровой пищи.

В других работах исследовалась форма контролирующего поведения, при котором использование здоровой и полезной пищи награждалось родителями («съешь овощи, заработаешь свой пуддинг»), или родители манипулировали своим отношением к детям («если ты съешь свои овощи, я буду очень довольна тобой» [34, с.201]).

Даже если такое поведение может привести к тому, что ребенок будет есть больше здоровой пищи, эффект от таких стратегий обычно кратковременный. В дальнейшем это приведет к формированию негативного отношения к здоровому питанию и появлению дезадаптивных пищевых привычек и мыслей. Дети будут склонны есть «запрещенные» продукты, есть меньше полезного. Все это ограничивает разнообразие продуктов, а также разрушает регуляцию энергетического баланса в результате того, что у детей еда не ассоциируется с внутренними сигналами голода/сытости. Да, сам акт

приема пищи приносит человеку высокое эмоциональное напряжение, сочетающееся с чувством удовлетворения и сытости. Значимые аффекты обнаруживаются в особенностях пищевого поведения: любовь, протест, гнев, чувство стыда. Акту еды с детства придается особое значение, с его помощью можно формулировать межличностные и внутренние инциденты [5].

По словам Ю. Савенкова (1985), психологические функции пищи заключаются в:

- снижение эмоционального напряжения;
- чувственное удовольствие как самоцель;
- общение, когда фигура еды сочетается с пребыванием в коллективе;
- самоутверждение, так как представления о престижности еды и соответствующем «солидном» внешнем виде зачастую имеют первостепенное значение;
- поддержание устоявшихся ритуалов или привычек (религиозных, национальных, бытовых и других традиций и стереотипов);
- Компенсация неудовлетворенных потребностей (потребности в общении, материнском уходе и т. д.)
- заслуга или поощрение за вкус пищи;
- удовлетворение эстетических потребностей [25].

1.4. Понятие отклонений пищевого поведения, причины и факторы, влияющие на их возникновение

Понятие отклонений пищевого поведения является трудным для определения, так как мы сталкиваемся с проблемой в области терминологии из-за того, что характеристика здорового и нездорового пищевого поведения, является достаточно широкой. Критерий нормы пищевого поведения отсутствует, что является основной проблемой, аналогичной существующей во многих областях психиатрии и клинической психологии. Кроме того, образуя определенную совокупность, различные термины пищевого поведения имеют разные оттенки значения, но в научной литературе

практически всегда употребляются как синонимы, что зачастую не позволяет дифференцировать клиническую форму симптомов от симптоматических и регуляторных, а установить характер различий. Поэтому, на наш взгляд, наиболее целесообразным является деление пищевого поведения на адаптивное и дезадаптивное, то есть благоприятное или препятствующее адаптационным процессам организма и человека. Также на сегодняшний день существуют проблемы классификации типов пищевого поведения в норме и при патологии, что во многом объясняется преобладанием практики разделения «здоровых» форм пищевого поведения на три типа - эмоциогенный, экстернальный и ограничительный.

Обычно в литературных источниках научного характера все три типа пищевого поведения обозначаются как патологические. Однако только два из них — эмоциональный и рестриктивный тип — равнозначно представлены в таких клинических формах, как булимия и анорексия. Для соответствия этому типу критериев отнесения к той или иной нозологической форме в патогенезе такого пищевого поведения должна присутствовать значительная степень проявления психологической (прежде всего поведенческой) симптоматики, которая в последующем индуцирует другие стороны психологических и психопатологических явлений. При этом вопрос, является ли патологическим эпизодическое проявление поведенческих паттернов, связанных с тем или иным типом пищевого поведения, или такие проявления можно расценивать как условно нормативные - остаётся дискуссионным [21, с.99].

Все же в силу сходства описания представленных типов происходит их условное замещение друг другом, а это способствует подмене понятий в практике исследований пищевого поведения [20, с. 80].

В нашем исследовании мы будем рассматривать понятие отклонений пищевого поведения с точки зрения психологического подхода, т. е. в рамках условно «здоровых» форм пищевого поведения - эмоциогенного, экстернального и ограничительного. Психологические и физиологические особенности, социальные отношения человека играют немалую роль в

возникновении отклонений этого типа. Конкретные причины определяются специалистами в процессе диагностики. Среди возможных факторов развития расстройств пищевого поведения выделяют:

Генетические факторы. Генетическая уязвимость может определять предрасположенность к определенному типу личности, к аффективному или тревожному расстройству и реализовываться в условиях неправильно построенного режима питания или после эмоционального стресса.

Биологические факторы – избыточный вес или ожирение и раннее начало менархе. Причиной заболевания может быть дисфункция нейротрансмиттеров, регулирующих пищевое поведение (серотонин, дофамин, норадреналин). Жировые клетки вырабатывают гормон лептин, который несет в гипоталамус информацию, снижающую аппетит.

Личностные факторы. К ним относят перфекционистски-обсессивный тип личности, особенно характерный для ограничительного типа пищевого поведения. Психологи понимают перфекционизм как веру в то, что наилучшего результата можно и нужно добиться во всем. Перфекционизм может быть очень разрушительным, так как заставляет откладывать выполнение задач или приводит к самоуничтожению. Низкая самооценка, чувство неполноценности, незащищенность, тревожные, недоверчивые или истеричные черты, неудовлетворенность своим внешним видом - эти черты личности свидетельствуют о риске перехода к дезадаптивным пищевым привычкам.

Микросоциальные условия жизни. Важную роль в формировании расстройств играют семейные пищевые привычки – дефицит диеты, пристрастие к сладкой пище, а также методы воспитания – гиперактивность, авторитарность, использование пищи как инструмента наказания или поощрения. В подростковом и юношеском возрасте значимыми становятся замечания родителей, сверстников, мужа и жены о внешности.

Стресс. Психогенное повышение или снижение аппетита, механическое обжорство без чувства голода возникают как способы компенсации

эмоционального напряжения. Постепенно изменение приема пищи и его результат становятся независимыми источниками стресса.

Общественные ценности. Прямые отклонения в пищевом поведении формируют навязанные «идеалы» красоты — сложности, худобы, хрупкости. Косвенные нарушения формируются в результате повышенных требований к работоспособности, работоспособности, стрессоустойчивости.

Возрастной фактор — подростковый возраст, когда завершают учебу в среднем учебном заведении (школа, лицей или техникум). Некоторые подростки не уверены в своем будущем и находят утешение в еде, что позволяет испытать чувство достижения поставленной цели.

Описанную выше теорию можно подтвердить исследованием. В 2018 году в Сургутском государственном университете был проведен сравнительный анализ пищевого поведения детей различных возрастных групп, в котором приняли участие 905 детей: 342 ребенка 1-7 лет, 249 детей в возрасте 8-12 и 314 подростков 13-18 лет. Он показал, что все дети имели нарушения пищевого поведения вне связи с возрастом и массой тела. Формирование патологических нарушений начинается с 5-летнего возраста, и они приобретают определенные черты к 7 годам. В подгруппах детей разного возраста с массой тела, соответствующей возрасту и полу, преобладал экстернальный тип пищевого поведения, в подгруппах больных с избыточной массой тела и ожирением преобладал рестриктивный тип. У 1/3 детей с ожирением диагностированы комбинированные формы пищевого поведения с преобладанием сочетания у детей 8-12 лет рестриктивного и экстернального типов, у детей 13-18 лет рестриктивного и эмоционального типов. Частота этих сочетаний увеличивалась с увеличением массы тела у детей.

Так мы видим, что нарушения пищевого поведения может проявляться в очень раннем возрасте и даже способствовать увеличению массы тела, а не наоборот.

1.4.1. Ограничительное пищевое поведение

Ограничительным пищевым поведением называют чрезмерное ограничение в еде и бесконтрольное соблюдение чрезмерно строгой диеты. Такой диеты нельзя придерживаться длительное время, и достаточно скоро на смену ей приходят периоды сильного переедания. В результате такого поведения человек держит себя в постоянном стрессе – в период ограничения он страдает от сильного голода, а во время переедания страдает от того, что снова набирает вес и все его действия оказались напрасными. Эмоциональная неустойчивость, формирующаяся на фоне применения строгих диет, получила относительное название «диетическая депрессия», она содержит в себе весь спектр негативных эмоций. Проявляется в виде повышенной раздражительности и утомляемости, внутреннего напряжения и постоянной утомляемости, гнева и враждебности, беспокойства, пониженного настроения, грусти, слабости и др. Выявленный значительный дискомфорт при «диетической депрессии» приводит к отказу от последующего соблюдения диеты. диета и рецидивы [14, с. 14].

1.4.2. Эмоциогенное пищевое поведение

Эмоциогенное пищевое поведение подразумевает под собой заедание негативных эмоций при стрессовых ситуациях, так как человек обладает низкой степенью рефлексии. Встречается у 30% населения. Это отклонение в основном характерно для полных эмоциональных женщин, но встречается и у лиц обоего пола с абсолютно стандартным весом. У тучных больных этот вид расстройства пищевого поведения встречается значительно чаще, а именно - в 60% случаев. При этом виде расстройства пищевого поведения катализатором приема пищи является не чувство голода, а ощутимый дискомфорт: человек ест не от голода, а потому, что беспокойный, тревожный, раздраженный, в плохом настроении, он подавлен, угнетен, обижен, зол, злой, не удалось, ему грустно, он один и т.д. Получается, что при эмоциогенном пищевом поведении

личность заедает свои удары и несчастья, «заедает» свой стресс, так же, как человек, адаптированный к алкоголю, его «запивает». Для этого используются различные виды пищи, но преобладают легкоусвояемые высококалорийные продукты, насыщенные углеводами и жирами (торты, мороженое, пироги, конфеты, пирожные, шоколад). Еда для людей с эмоциональным пищевым поведением является уникальным лекарством, поскольку действительно дает им не только сытость, но и спокойствие, удовольствие, расслабление, снижает или полностью снимает эмоциональное напряжение, повышает настроение.

Эмоциональное пищевое поведение может быть представлено двумя другими подтипами: компульсивным пищевым поведением и синдромом ночного переедания. У пациентов, соблюдающих строгие диеты, распространенность компульсивного пищевого поведения достигает 50%. Компульсивное пищевое поведение клинически проявляется четко локализованными во времени довольно короткими рецидивирующими пароксизмами переедания продолжительностью не более двух часов. Во время такого приступа человек ест неизмеримо больше и намного быстрее, чем обычно. У него может наблюдаться потеря контроля над количеством съеденного, он не может остановиться до тех пор, пока не закончится приступ. Моменты переедания сопровождаются тремя различными из следующих симптомов: прием пищи происходит быстрее, чем обычно; есть до ощущения ненавистной полноты желудка; употребление огромного количества пищи без чувства голода; переедание в одиночестве из стыда перед другими. Частота моментов внезапного переедания, позволяющая диагностировать эту форму расстройства, - не реже двух раз в неделю в течение полугода.

Синдром ночного приема пищи встречается реже и встречается у 9% людей с ожирением. Проявляется клинической триадой симптомов: утренняя анорексия (нежелание есть, отсутствие аппетита), вечерняя и ночная ненасытность (усиление чувства голода при переедании), нарушения сна. Пациенты с синдромом ночного питания обычно не едят в течение всего утра. Днем чувство голода значительно усиливается, а к вечеру они испытывают

сильный голод, что приводит к перееданию. При этом чем сильнее дневной сенсорный дискомфорт, тем ярче формулируется вечернее переедание. Примечательно, что больные не могут заснуть, не съев слишком много пищи. Сон у них неглубокий, тревожный, беспокойный, они могут несколько раз просыпаться ночью и снова принимать пищу. После еды энергичность и работоспособность больных основательно снижены, появляется сонливость, нарушение профессиональной деятельности. Это один из факторов отказа от еды в течение рабочего дня. Вечернее обжорство используется больными как снотворное [14, с. 13].

1.4.3. Экстернальное пищевое поведение

Экстернальное пищевое поведение сопряжено с высокой чувствительностью к внешним стимулам употребления пищи: личность с подобным поведением ест не отзывно на внутренние стимулы (уровень глюкозы и свободных жирных кислот в крови, пустой желудок и т. п.), а на внешние: вывеска продуктового магазина, отлично накрытый стол, вид человека, который ест, реклама еды и т. д. Получается, что человек «ест глазами» — увидел, значит, съел. Именно эта особенность кроется в переедании «за компанию», перекусах на улице, обильных приемах пищи в гостях, покупке лишних продуктов в магазине. Такие люди никогда не пройдут мимо киоска со сладостями или пирожками, будут есть, пока не закончится упаковка конфет, и никогда не откажутся от угощения. Почти все пациенты с ожирением имеют ту или иную форму внешнего пищевого поведения. Реакция на внешние раздражители на прием пищи характеризуется не только аппетитом, но и медленно развивающимся слабым чувством насыщения. Формирование чувства сытости у тучных людей замедлено во времени и особенно ощущается как автоматическое переполнение желудка. Именно из-за недоступности сытости некоторые люди склонны есть всякий раз, когда пища доступна и попадает в поле их зрения [14, с. 12].

Вывод по первой главе

Таким образом, в теоретической главе были выведены основные понятия, касающиеся пищевого поведения, из которой мы можем сделать вывод о том, что исследуемое понятие имеет медицинский уклон, т. е. определяет патологию. В нашем исследовании мы вводим понятие особенностей пищевого поведения, которые еще не считаются отклонениями (расстройствами), но являются дезадаптационными стратегиями пищевого поведения.

При теоретическом анализе исследований, которые раскрывают связь образа тела с нарушениями пищевого поведения, был сделан вывод о том, что данная связь имеется и она описана в общих чертах. Подробное описание восприятия образа тела встречается у пациентов с анорексией, что подтверждает недостаток теоретической базы по теме нашего исследования, а информация, касающаяся психологического подхода, отсутствует в литературе.

Так пищевое поведение человека представляет собой сложный биопсихосоциальный феномен, связанный не только с удовлетворением витальной потребности, но выполняющий ряд других, социальных по своей природе, функций. Помимо эволюционного смысла, пищевое поведение человека приобретает дополнительные переносные значения, становясь универсальным языком социальных посланий. Однако довольно часто символические функции питания человека начинают преобладать над первичным биологическим инстинктом, в результате чего пищевое поведение теряет свое адаптивное значение. Увлечение диетами, чрезмерные физические нагрузки, использование различных препаратов для снижения веса, эпизоды неконтролируемого обжорства – это далеко не весь спектр форм особенностей пищевого поведения.

Глава 2. Эмпирическое исследование по особенностям восприятия «Физического Я» у учащихся с отклонениями в пищевом поведении

2.1. Организация исследования и описание методик

Организация эмпирического исследования проводилось с целью выявления особенностей восприятие образа «Физического Я» учащимися с особенностями пищевого поведения.

Исследование проводилось на разновозрастных группах, в связи с этим было выбрано две базы исследования МБОУ СОШ №49 г. Пенза, где приняли участие в исследовании учащиеся с 5 по 11 класс в количестве 144 человек и ПИ им. В. Г. Белинского ФППиСН, где приняли участие в исследовании две группы третьего курса в количестве 17 человек. Всего в исследовании принимали участие 161 учащийся в возрасте 11 до 20 лет.

Участники исследования были открыты и проявили желание участвовать в исследовании. Дана пошаговая инструкция (поэтапное заполнение бланков). Участники эксперимента имели достаточно времени для обдумывания ответов на каждом этапе, продвижение по этапам проходило только после того, как все выполнили предыдущую методику.

Сбор диагностической информации проводился с помощью созданных под цели исследования гугл-форм, в которых были представлены два опросника: Голландский опросник пищевого поведения и опросник образа собственного тела, также использовались проективная методика рисунок «Мое тело» и методика диагностики самооценки Дембо-Рубинштейн, личная медицинская карта школьника и созданная анкета для студентов с целью расчета ИМТ.

Исследование образа «Физического Я» у учащихся с отклонениями в пищевом поведении проводилось с помощью комплекса методов и методик:

1. Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ);
2. Опросник образа собственного тела (О.А. Скугаревский, С.В. Сивуха);
3. Рисунок «Мое тело»;

4. Методика диагностики самооценки Дембо-Рубинштейн;
5. Индекс массы тела (ИМТ);
6. Анализ медицинской документации (личная мед карта школьника) для получения информации об ИМТ (с согласия администрации и участников исследования);
7. Разработанная анкета для получения данных об ИМТ студентов

Этапы эмпирической работы:

На первом этапе было проведено исследование особенностей пищевого поведения с помощью Голландского опросника пищевого поведения на разных возрастных группах учащихся, в ходе которого учащиеся были разделены на группы в зависимости от выраженности отклонений пищевого поведения и его типа.

На втором этапе было проведено исследование физического «Я» учащихся, который проводился с помощью группы методик таких, как опросник образа собственного тела, рисунок «Мое тело», адаптация Дембо-Рубинштейн под цели исследования и показатели ИМТ, которые были получены при анализе школьной медицинской документации.

На третьем этапе выявлялись различия между выделенными в исследовании группами учащихся с разными отклонениями пищевого поведения и их восприятием образа «Физического Я».

Методическим инструментарием исследования отклонений в ПП послужил Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ), выявляющий ограничительное, эмоциогенное и экстернальное пищевого поведения. Для исследования физического «Я» использовались разные методы. Опросник образа собственного тела (авторы О.А. Скугаревский, С.В. Сивуха), оценивающий степень неудовлетворенности внешностью как составного компонента образа тела. Проективная методика диагностики самооценки Дембо-Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан, основанная на непосредственном шкалировании учащимися ряда личных качеств. Данная

методика была адаптирована под цели исследования т.е. были добавлены шкалы к оценке «Личностного Я» - интересный – скучный, энергичный – вялый, уверенный – неуверенный и т.д., к оценке «Физического Я» - красивый – некрасивый, стройный – полный, спортивный – неспортивный и т.д.

Проективная методика «Мое тело» относится к экспрессивным, которые предполагают изучение экспрессивных проявлений личности. Данная методика ориентирована на изучение продуктов творчества. В нашем исследовании продуктом является рисунок на заданную тему. Испытуемому предстояло нарисовать свое тело в двух вариациях: «Я-реальное» и «Я-идеальное». Под первым подразумевается тот образ тела, которым человек располагает сейчас, а второе, как он хотел бы выглядеть в идеале. На основании результатов сопоставления выделяются критерии по значимым различиям реального и идеального образа тела, а именно мышечная масса, рельефное тело, женственные формы, близость к культурного идеалу, позитивное отношение к собственному телу, похудение, выше рост, прическа (длиннее волосы), качество кожи, презентабельная одежда.

Индекс массы тела (ИМТ) как величина, позволяющая оценить степень соответствия массы тела и роста, тем самым косвенно судить об избыточности (25 и более), нормативности (18,5–25) или недостаточности (18,5 и менее) массы тела.

Для получения информации об ИМТ в разных возрастных группах были использованы дополнительные методы. В школе был проведен анализ медицинской документации, а именно личной медицинской карты школьника с согласия администрации и участников исследования. Для студентов была разработана анкета, состоящая из вопросов необходимых для получения данных об их ИМТ.

2.2. Анализ и интерпретация результатов исследования пищевого поведения учащихся

Для исследования типов преобладающего пищевого поведения у учащихся был использован Голландский опросник пищевого поведения (англ. Dutch Eating Behavior Questionnaire, сокр. DEBQ). Результаты исследования всех испытуемых представлены в табл. 1.

Таблица 1

Распределение значений средних показателей по типам пищевого поведения у учащихся разных возрастных групп (в баллах)

Типы пищевого поведения	Ограничительное	Экстернальное	Эмоциогенное
Младшие подростки	2,7	1,4	2,3
Старшие подростки	2,7	1,7	2,4
Старшеклассники	3,1	1,9	2,2
Студенты	3,2	1,9	2

В целом по выборке преобладают значения выше нормативных, так как нормальными значениями для ограничительного типа является (2,4), для эмоциогенного (1,8) и для экстернального пищевого поведения (2,7) баллов.

У младших и старших подростков наблюдается похожая ситуация в распределении типов ПП. У старших подростков выраженность экстернального и эмоциогенного типов пищевого поведения становится несколько ярче. Показатели выраженности ограничительного и эмоциогенного типов выходят за границу нормативных значений при этом значения по последнему типу существенно превышает нормативное, что свидетельствует о преобладании перееданий на фоне стресса в описываемых возрастных группах.

У юношеских групп можно констатировать достоверно большее отклонение от нормы в области ограничительного ПП [$t_{\text{эмп}} = 2,8$ при $p \leq 0.01$] относительно младших и старших подростков. В области эмоциогенного ПП различий выявлено не было. Результаты свидетельствуют о том, что учащиеся в юношеском возрасте склонны к диетическому мышлению в большей степени относительно подростков, а эмоциональное переедание актуально во всех

возрастных группах. Однако, в юношеском возрасте заедание стресса закрепляется как паттерн поведения. Данная категория учащихся из-за притупления естественного чувства голода диетами, может ощущать сытость преимущественно от механического наполнения желудка. Значимых различий выраженности эмоционального типа между подростковыми и юношескими группами не обнаружено.

Таблица 2

Результаты по Голландскому опроснику пищевого поведения

Типы пищевого поведения	Количество испытуемых	Проценты (%)	ф эмп при 1,64 для $p \leq 0.05$ 2,28 для $p \leq 0.01$
Эмоциогенное	13	8	4.022
Экстернальное	6	4	
Ограничительное	30	19	
Все типы	19	12	
Не выражено	50	31	
Эм-е + экстрен.	12	7	
Экстер-е + огран-е	19	12	
Эмоц-е + огран-е	12	7	

В табл. 2 представлены полученные результаты групп испытуемых с разными типами пищевого поведения. У большинства обучающихся – 31% – преобладающий тип пищевого поведения выявлен не был, это говорит об их адекватных отношениях с едой.

Далее перейдем к интерпретации чистых типов пищевого поведения, так у 19% наблюдается доминирование ограничительного пищевого поведения. Данная группа людей вводит различные ограничения на свои приемы пищи. У 8% обучающихся выражен эмоциогенный тип пищевого поведения, им свойственно заедать свой эмоциональный дискомфорт. У 4% выявлен экстернальный тип пищевого поведения. Им свойственна повышенная реакция не на внутренние, гомеостатические стимулы к приему пищи (уровень глюкозы и свободных жирных кислот в крови, наполненность желудка, его моторика), а на внешние стимулы: накрытый стол, принимающего пищу человека, рекламу пищевых продуктов.

Комбинации двух или трех типов ПП обнаружены у 26% учащихся из всей выборки, что говорит об их неадекватных отношениях с едой.

Исходя из данных, представленных в таблице 1, можно сделать вывод о разнообразии различных типов пищевого поведения у учащихся в разных возрастных группах.

Для подтверждения достоверности, представленного выше вывода, был использован критерий углового преобразования Фишера, результаты которого показали, что доля лиц в выборке, у которых проявляются особенности в пищевом поведении достоверно больше, чем тех, у кого условно здоровые отношения с едой.

Последующий анализ проводится в соответствии с разными возрастными группами учащихся. В нашем исследовании было выделено четыре разновозрастные группы: в первую группу вошли учащиеся в возрасте 11–12 лет – младший подростковый возраст, во вторую группу вошли учащиеся в возрасте 13-15 лет – старший подростковый возраст, в третьей группе учащиеся в возрасте 16-18 лет – ранний юношеский возраст или старшеклассники и в четвертой группе студенты в возрасте 20-21 года.

В первой группе младшего подросткового возраста у учащихся наблюдаются следующие показатели, представленные в табл. 3.

Таблица 3

Результаты по Голландскому опроснику пищевого поведения
в младшем подростковом возрасте

Типы пищевого поведения	Количество испытуемых	Проценты (%)	ф эмп при 1,64 для $p \leq 0.05$ 2,28 для $p \leq 0.01$
Эмоциогенное	6	14	1,638
Экстернальное	4	9	
Ограничительное	8	19	
Все типы	1	2	
Не выражено	15	35	
Эм-е + экстрен.	4	9	
Экстер-е + огран-е	0	-	
Эмоц-е + огран-е	5	12	

В данной группе большинство учащихся имеют адекватные отношения с едой их количество составляет 35%, т. е. у них отсутствуют какие-либо трудности в отношениях с приемами пищи. У 19% испытуемых выявлен ограничительный тип пищевого поведения, что говорит о введении ограничений в питании уже в младшем подростковом возрасте с целью похудения. У 14% учащихся преобладающим типом пищевого поведения является эмоциогенное, что уже говорит о первом влиянии на них стресса, в большей степени связанного со школой. 9% учащихся имеют экстернальный тип пищевого поведения, что может свидетельствовать о нездоровой культуре питания, т. к. на оказывают сильное влияние внешние воздействия в форме рекламы или простого вида еды на столе.

Стоит отметить комбинацию ограничительного типа с эмоциогенным типом пищевого поведения, которые встречаются у 12% испытуемых. Это говорит о том, что в данной возрастной группе испытуемые уже ограничивают себя в потреблении пищи и заедают стресс.

Смешанный тип эмоционального и экстернального типа пищевого поведения встречается у 9% учащихся, что говорит о низком уровне осознания своих эмоциональных состояний и потребностей организма.

В группе выявлено всего 2% учащихся (один человек), имеющих отклонения по всем представленным типам пищевого поведения.

Таким образом, мы наблюдаем первые нарушения в отношениях с едой у испытуемых представленной возрастной группы, которые возникают в большей степени из-за эмоционального дискомфорта, связанного, возможно, с адаптацией в среднем звене и началом подросткового возраста, а также видны проявления неправильно сформированных пищевых привычек, приводящих к перееданиям из-за действия внешних стимулов вопреки ощущению внутреннего насыщения. Можно сказать, что испытуемые не умеют прислушиваться к внутренним сигналам и потребляют еду, потому что просто видят ее.

Для проверки достоверности, представленного выше вывода, был использован критерий углового преобразования Фишера, по результатам которого можно сказать, что доля лиц в выборке, у которых проявляются особенности в пищевом поведении не больше, чем тех, у кого условно здоровые отношения с едой, т. е. количество учащихся с отклонениями в ПП и условно здоровым поведением не различается.

Во второй возрастной группе, где возраст подростков 13-15 лет, можно увидеть следующие показатели, представленные в табл. 4.

Таблица 4

Результаты по Голландскому опроснику пищевого поведения
у старших подростков

Типы пищевого поведения	Количество испытуемых	Проценты (%)	ф эмп при 1,64 для $p \leq 0.05$ 2,28 для $p \leq 0.01$
Эмоциогенное	5	10	1.053
Экстернальное	2	4	
Ограничительное	4	9	
Все типы	6	12	
Не выражено	20	41	
Эм-е + экстрен.	3	6	
Экстер-е + огран-е	7	14	
Эмоц-е + огран-е	2	4	

В данной группе также большинство учащихся имеют адекватные отношения с едой их количество составляет 41%. У них условно здоровое пищевое поведение. Отклонения в сторону чистого эмоциогенного пищевого поведения составляет 10% от группы, что говорит о заедании эмоционального дискомфорта. Чистый ограничительный тип пищевого поведения составляет 9% от группы, подобный тип предполагает ограничения в области питания и обычно с сознательной целью похудения. Показатель чистого экстернального типа пищевого поведения выявлен у 4% и находится на более низком уровне, чем в группе младших подростков, что может говорить о более высоком уровне осознанности в отношении приемов пищи.

Перейдем к описанию комбинаций типов пищевого поведения у старших подростков. У 14% преобладает комбинация двух типов пищевого поведения – экстернальный и ограничительный. Возможная причина кроется в появлении «срывов» с ограничений (диет) и заеданием тем, что находится в ближайшей доступности. Оставшиеся комбинации встречаются реже.

В описываемой группе мы уже можем наблюдать 12% испытуемых, которые превысил норму по трем типам и имеют дезадаптивное пищевое поведение.

Таким образом, мы можем говорить о более ярком проявлении типов отклонений в пищевом поведении у старших подростков, чем у младших, однако, и здесь граница условно нормативного ПП не была пройдена.

Для проверки статистической значимости данных был использован критерий углового преобразования Фишера, по результатам которого можно сделать вывод о том, что различий в соотношении учащихся данной возрастной группы с отклонениями ПП и без отклонений не выявлено.

В третьей возрастной группе возраст учащихся 16-18 лет, что соответствует периоду ранней юности. У них можно увидеть следующие показатели, представленные в табл. 5.

Таблица 5

Результаты по Голландскому опроснику пищевого поведения в раннем юношеском возрасте

Типы пищевого поведения	Количество испытуемых	Проценты (%)	ф эмп при 1,64 для $p \leq 0.05$ 2,28 для $p \leq 0.01$
Эмоциогенное	2	4	3.702
Экстернальное	0	-	
Ограничительное	13	26	
Все типы	9	18	
Не выражено	10	20	
Эм-е + экстрен.	4	8	
Экстер-е + огран-е	10	20	
Эмоц-е + огран-е	2	4	

В данной группе большинство учащихся (26%) имеют чистый ограничительный тип пищевого поведения, что свидетельствует о динамике возрастания такой пищевой стратегии, как ограничение в пище с целью улучшения внешности. Отклонения в сторону чистого эмоциогенного пищевого поведения минимальны (4%), а чистого экстернального пищевого поведения не выявлено, что может говорить о лучшем понимании своего эмоционального состояния и его причин, а также большую осознанность в приемах пищи, т. е. только реклама пищевых продуктов действует менее эффективно, но в совокупности с другими причинами картина получается другой.

Так, в описываемой возрастной группе преобладает смешение двух типов пищевого поведения – экстернального и ограничительного (20%), что снова возвращает нас к теории диет и последующего переедания, представленная стратегия питания начинает преобладать над остальными.

В описываемой группе мы уже можем наблюдать 18% учащихся, которые превысили норму по всем типам пищевого поведения и имеют дезадаптивное пищевое поведение.

Условно здоровое пищевое поведение обнаружено у 20% испытуемых, что практически равняется превышению по всем шкалам пищевого поведения.

Таким образом, мы наблюдаем продолжительные нарушения в отношениях с едой более чем у половины испытуемых, которые возникают из-за ограничений в питании. Можно сказать, что испытуемые «повзрослели» эмоционально, но ограничения приобретают больший масштаб и большее влияние на стратегии поведения в питании.

Для проверки достоверности статистической значимости был использован критерий Фишера, который показал, что доля лиц в выборке, у которых проявляются особенности в пищевом поведении достоверно больше, чем тех, у кого условно здоровые отношения с едой.

У студентов третьего курса можно увидеть следующие показатели, представленные в табл. 6.

Таблица 6

Результаты по Голландскому опроснику пищевого поведения
у студентов

Типы пищевого поведения	Количество испытуемых	Проценты (%)	φ – эмп при 1,64 для $p \leq 0.05$ 2,28 для $p \leq 0.01$
Эмоциогенное	0	-	2,367
Экстернальное	0	-	
Ограничительное	5	29	
Все типы	3	18	
Не выражено	3	18	
Эм-е + экстрен.	1	6	
Экстер-е + огран-е	3	18	
Эмоц-е + огран-е	2	11	

В данной группе также большинство учащихся имеют ограничительный тип пищевого поведения их количество составляет 29%. Это говорит о том, что диеты с возрастом становятся наиболее приемлемой стратегией в питании для испытуемых.

Адекватные отношения с едой и неадекватные по всем трем типам имеют одинаковое количество учащихся по 18%, что может быть связано с большим количеством девушек в группе студентов.

Смешанные типы встречаются у большего, по сравнению с другими группами, количества испытуемых 35% и преобладающим является также экстернальный тип вместе с ограничительным, что снова возвращает нас к теории диет и последующего переедания.

Таким образом, мы наблюдаем продолжительные нарушения в отношениях с едой более чем у половины испытуемых, которые возникают из-за ограничений в питании. Ограничительный тип пищевого поведения выходит на первый план и дезадаптивных форм поведения у испытуемых в данной возрастной группе становится больше, чем адаптивных. Можно сказать, что испытуемые «повзрослели» эмоционально и справились с внешними стимулами, но ограничения приобретают больший масштаб.

В качестве метода математической статистики был использован критерий Фишера, с помощью которого было выявлено, что достоверно больше студентов, у которых проявляются особенности в пищевом поведении больше, чем студентов, у которых условно здоровые отношения с едой.

Таким образом, мы видим положительную динамику в проявлении особенностей в пищевом поведении у разновозрастных групп, т. е. в группе младших подростков больше учащихся с условно здоровым ПП [$\phi_{эмп} = 1,638$], в группе старших подростков различий нет [$\phi_{эмп} = 1,053$], а группах старшеклассников и студентов преобладают учащиеся с особенностями в ПП [$\phi_{эмп} = 3.702^{**}; 2,367^{**}$]. Это свидетельствует о том, что преобладание особенностей в пищевом поведении над условно здоровыми отношениями с едой начинается с раннего юношеского возраста и преобладают достоверно по всей выборке.

Далее мы проследили динамику проявлений отклонений в пищевом поведении в разных возрастных группах (см. рисунок 1).

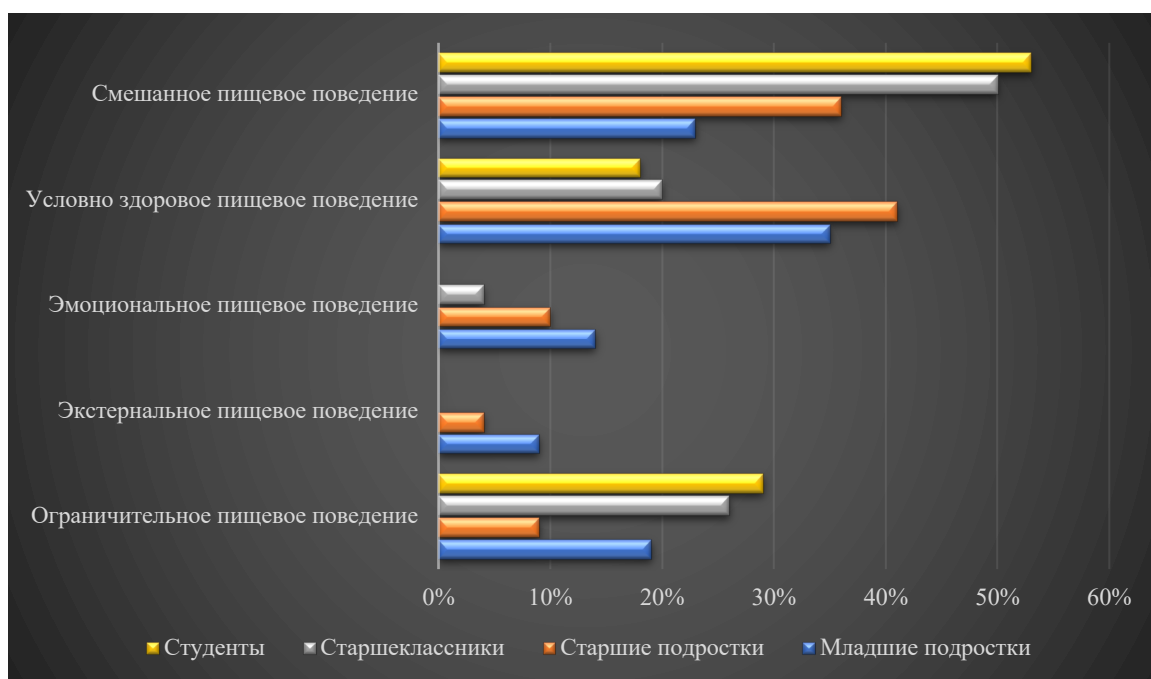


Рис. 1. Распределение типов пищевого поведения в разновозрастных группах

Стоит вначале сделать примечание относительно представленных на рисунке понятий. Здесь под ограничительным, эмоциональным и экстернальным типами пищевого поведения понимаются типы в качестве единственных стратегий в питании у учащихся, а смешанные представляют собой комбинации типов ПП. Целью представленной диаграммы было отследить различия в группах учащихся по критериям «чистых» пищевых стратегий и смешанных.

На рисунке 1 мы видим распределение вариантов ПП и их комбинаций в разных возрастных группах, из которого следует нарастание смешанных типов ПП от младшего подросткового возраста к студентам. Так, в группах студентов [ф эмп = 2,4; 4,6] и старшеклассников [ф эмп = 2; 4,2] достоверно больше учащихся со смешанным ПП в отличие от подростковых групп.

Таким образом, мы видим динамику к нарастанию пищевых отклонений от младшего подросткового к юношескому возрасту, но отдельные типы пищевых отклонений в динамике уменьшаются, что может говорить о преобладании с возрастом комбинаций неадаптивных стратегий питания.

2.3. Анализ и интерпретация результатов исследования различий физического «Я» у учащихся с различным пищевым поведением

Для исследования восприятия образа «Физического Я» у учащихся был использован Опросник образа собственного тела (авторы О.А. Скугаревский, С.В. Сивуха). Результаты исследования всех испытуемых представлены в табл. 7.

Таблица 7

Распределение значений средних показателей по степени удовлетворенности образом собственного тела у учащихся разных возрастных групп (в баллах)

Категории учащихся	Степень удовлетворенности
Младшие подростки	12,76
Старшие подростки	11,06
Старшеклассники	14
Студенты	14

Из данных, представленных в табл. 7, можно заключить, что испытуемые подростковых групп в среднем удовлетворены своим телом, иная картина представлена в юношеской группе, где доминирует неудовлетворенность своим телом, что проявляется в искажении образа собственного тела и переживаниях по поводу своей внешности. Они склонны ощущать себя полнее, чем есть на самом деле в сравнении с подростковой группой.

Ниже в табл. 8 представлены данные в процентном соотношении по степени удовлетворенности собственным телом у учащихся разных возрастных групп.

Таблица 8

Результаты по опроснику образа собственного тела
(О.А. Скугаревский, С.В. Сивуха) у учащихся разных возрастных групп

Степень удовлетворения	Имеют отклонения в пищевом поведении		Не имеют отклонений в пищевом поведении		ф эмп при 1,64 для $p \leq 0.05$ 2,28 для $p \leq 0.01$
	чел	%	чел	%	
Удовлетворен	58	52	38	76	2.938
Не удовлетворен	53	48	12	24	

В группе испытуемых с отклонениями ПП примерно равное распределение удовлетворенных или неудовлетворенных своим телом студентов. В группе испытуемых без отклонений ПП явно преобладают студенты, довольные своим телом. Соответственно, наличие отклонений ПП является лишь одним из факторов, снижающих степень удовлетворенности своим телом, поскольку среди студентов с отклонениями ПП и без них есть испытуемые, как удовлетворенные, так и неудовлетворенные своим телом. Стоит отметить, что в группе учащихся с отклонениями ПП значительно больше не удовлетворенных своим телом, чем в противоположной.

Результаты по опроснику образа собственного тела у младших подростков представлены в табл. 9.

Таблица 9

Результаты по опроснику образа собственного тела у младших подростков

Степень удовлетворения	Имеют отклонения в пищевом поведении		Не имеют отклонений в пищевом поведении		ф эмп
	чел	%	чел	%	
Удовлетворен	13	45	13	93	3.463
Не удовлетворен	16	55	1	7	

Исходя из данных, представленных в таблице, можно заключить, что тенденция, описанная выше у младших подростков, сохраняется, т.е. в группе учащихся, имеющих отклонения в ПП степень распределения удовлетворенности и неудовлетворенности образом своего тела, находится в приблизительно равном соотношении с разницей в 10%. Резко отличается подобное соотношение в группе с условно здоровым ПП, у них 93% испытуемых, которые удовлетворены образом своего тела, а остальные испытывают неудовлетворение.

Так, в целом показатель удовлетворенности превосходит показатель неудовлетворенности своей внешностью, а 55% человек, имеющих отклонения в пищевом поведении, показывают неприятия своей внешности и только 7% человек, не имеющих отклонений в пищевом поведении, не удовлетворены своим телом.

Для проверки достоверности, представленного выше вывода, был использован критерий углового преобразования Фишера, результаты которого показали, что достоверно больше удовлетворены образом собственного тела те, кто не имеет особенностей в ПП, чем те, кто их имеет, но отсутствие особенностей в ПП не является единственным фактором удовлетворения образом собственного тела, потому что есть те учащиеся, кто не удовлетворен своим телом, но отклонений в ПП не имеет.

Дальнейший анализ проективной методики «Мое тело» покажет конкретные критерии желаемых изменений учащихся (см. табл. 10).

Таблица 10

Результаты по методике «Мое тело» у младших подростков (в %)

Критерии	Мальчики	Девочки
Больше мышечной массы	13	-
Рельефное тело	7	-
Женственные формы	-	-
Близость к культурного идеалу	-	-
Позитивное отношение к собственному телу	25	21
Похудение	-	18
Выше рост	5	5
Прическа (длиннее волосы)	2	2
Качество кожи	-	2

У большинства учащихся 46% отмечается позитивное отношение к собственному телу. Мышечная масса и рельефное тело являются приоритетными направлениями у представителей мужского пола, что отражается в таблице 13% и 7% соответственно. Похудение и качество кожи беспокоят девочек (в данной возрастной группе конкретно одна представительница с ярким проявлением неприятия своей внешности). Также можно наблюдать, что по 5% и мальчиков, и девочек хотят быть более высокими, а по 2% и мальчиков, и девочек имеют желание отрастить волосы.

Далее мы соотнесли принятие образа собственного тела с уровнем самооценки по «Физическому Я» и «Личностному Я» (см. табл. 11,12).

Таблица 11

**Результаты по методике «Дембо-Рубинштейн» по оценке
«Физического Я» у младших подростков**

Уровень самооценки	Физическое Я				ф эмп
	Имеют отклонения в ПП		Не имеют отклонения в ПП		
	чел	%	чел	%	
Завышенный	8	27	4	27	1,11
Высокий	5	19	5	33	
Средний	5	19	3	20	
Низкий	10	25	3	20	

Исходя из данных, представленных в таблице, мы видим, что у двух групп младших подростков различий в уровне самооценки по «Физическому Я» практически нет.

Используя критерий углового преобразования Фишера, был сделан вывод о том, что различий в степени адекватности оценки своего тела у младших подростков, имеющих и не имеющих отклонений в ПП, не наблюдается.

Таблица 12

Результаты по методике «Дембо-Рубинштейн» по оценке
«Личностного Я» у младших подростков

Уровень самооценки	Личностное Я			
	Имеют отклонения в ПП		Не имеют отклонения в ПП	
	чел	%	чел	%
Завышенный	7	25	6	41
Высокий	7	25	5	33
Средний	7	25	1	6
Низкий	7	25	3	20

Большинство испытуемых имеет завышенный уровень оценки своего «Личностного Я», что можно соотнести с позитивным отношением к своему телу. Данная склонность может говорить о недостаточном уровне рефлексии и максимализме подросткового возраста.

Склонности к занижению самооценки выявлено не было.

Учащиеся данной возрастной группы имеют практически равное соотношение адекватных и неадекватных оценок себя, что подтверждается критерием углового преобразования Фишера.

Объективность полученных оценок мы проверяем по физическому измерению – индексу массы тела (см. табл. 13).

Таблица 13

Показатели Индекса массы тела у младших подростков

Индекс массы тела	Имеют отклонения в ПП		Не имеют отклонений в ПП	
	чел	%	чел	%
Дефицит	-	-	-	-
Норма	20	71	15	100
Избыточная масса тела	8	29	-	-

В данной возрастной группе было выявлено, что у учащихся, которые не имеют отклонений в ПП, избыточная масса тела не наблюдается, а у учащихся, имеющих отклонения в ПП, мы видим избыточную массу тела у 29% учеников.

Далее переходим к анализу второй возрастной группы – старшие подростки.

Результаты по опроснику образа собственного тела представлены в табл. 14.

Таблица 14

Результаты по опроснику образа собственного тела у старших подростков

Степень удовлетворения	Имеют отклонения в пищевом поведении		Не имеют отклонений в пищевом поведении		ф эмп
	чел	%	чел	%	
Удовлетворен	12	44	15	68	1.685
Не удовлетворен	15	56	7	32	

По результатам мы видим, что показатель удовлетворенности превосходит показатель неудовлетворенности своей внешностью. Пятнадцать человек, имеющих отклонения в пищевом поведении, не удовлетворены своим образом тела, что подтверждает возможность использования пищи для достижения желаемого тела. Практически столько человек, также с особенностями пищевого поведения, образом своего тела удовлетворены. Это может свидетельствовать о том, что степень удовлетворения и неудовлетворения своим телом представлено у испытуемых, имеющих особенности в пищевом поведении, в практически равном соотношении.

У учащихся, имеющих условно здоровые отношения с едой, также различается степень удовлетворения своей внешностью. Пятнадцать человек удовлетворены образом собственного тела, а семь не удовлетворены. Это говорит о том, что условно здоровые отношения с едой не является гарантией удовлетворения собственной внешностью.

Стоит отметить, что в данной возрастной группе возросло количество учащихся, которые не удовлетворены своим телом, но имеют условно здоровое пищевое поведение.

Для проверки достоверности, представленного выше вывода, был использован критерий углового преобразования Фишера, с помощью которого было выявлено, что мы с достоверностью в 5% можем говорить о различиях удовлетворённости образом собственного тела у старшеклассников, имеющих и не имеющих пищевые отклонения, т.е. больше удовлетворены своим телом те, кто не имеет отклонений в ПП, чем те, кто имеет.

Дальнейший анализ проективной методики «Мое тело» покажет конкретные критерии желаемых изменений учащихся (см. табл. 15).

Таблица 15

Результаты по методике «Мое тело» у старших подростков (в %)

Критерии	Мальчики	Девочки
Больше мышечной массы	17	
Рельефное тело	21	8
Женственные формы		6
Близость к культурного идеалу		6
Позитивное отношение к собственному телу	20	5
Похудение		11
Выше рост		6
Прическа (длиннее волосы)	-	-
Качество кожи	-	-

У большинства учащихся 29% отмечается стремление к рельефному телу, что ярче проявляется у мужского пола (21%). Они отмечают свою худобу и выражают недовольство к ней. Это подтверждает и стремление набрать мышечную массу у 17% учащихся также мужского пола.

У 11% девочек мы видим стремление к похудению, женственности, что будет приближать их к культурному идеалу, скорее представленном в рекламе. Также отмечается желание у 6% иметь более высокий рост.

У 25% все же отмечается позитивное отношение к собственному телу.

Далее мы соотнесли принятие образа собственного тела с уровнем самооценки по «Физическому Я» и «Личностному Я» (см. табл. 16).

Таблица 16

Результаты по методике «Дембо-Рубинштейн» по оценке
«Физического Я» у старших подростков

Уровень самооценки	Физическое Я				ф эмп
	Имеют отклонения в ПП		Не имеют отклонений в ПП		
	чел	%	чел	%	
Завышенный	3	10	10	50	1.53
Высокий	11	38	3	15	
Средний	7	24	5	25	
Низкий	8	28	2	10	

Исходя из данных, представленных в таблице, мы видим, что у двух групп старших подростков различий в уровне самооценки по «Физическому Я» практически нет. Можно отметить склонность к завышению оценки своего тела у тех, кто не имеет отклонений в ПП.

Используя критерий углового преобразования Фишера, был сделан вывод о том, что различий в степени адекватности оценки своего тела у старших подростков, имеющих и не имеющих отклонений в ПП, не наблюдается.

Таблица 17

Результаты по методике «Дембо-Рубинштейн» по оценке
«Личностного Я» у старших подростков

Уровень самооценки	Личностное Я			
	Имеют отклонения в ПП		Не имеют отклонений в ПП	
	чел	%	чел	%
Завышенный	5	17	8	40
Высокий	9	31	5	25
Средний	7	24	5	25
Низкий	8	27	2	10

Большинство испытуемых имеет завышенный и высокий уровни оценки своего «Личностного Я», что может говорить о ярко проявляющемся максимализме подросткового возраста, что отмечается в основном у мальчиков.

Учащиеся в основном оценивают себя адекватно, несмотря на наличие или отсутствие отклонений в ПП.

Объективность полученных оценок мы проверяем по физическому измерению – индексу массы тела (см. табл. 18).

Таблица 18

Показатели Индекса массы тела у старших подростков

Индекс массы тела	Имеют отклонения в ПП		Не имеют отклонений в ПП		ф эмп
	чел	%	чел	%	
Дефицит	-	-	-	-	1.318
Норма	22	76	18	90	
Избыточная масса тела	7	24	2	10	

В данной возрастной группе были выявлены учащиеся с избыточной массой тела независимо от наличия пищевых отклонений, но у учащихся, имеющих отклонения в ПП, таких учеников больше (24%), чем у тех, кто отклонений в ПП не имеет (10%).

При помощи критерия Фишера был сделан вывод о том, что мы не можем говорить о различиях в показателях массы тела у старших подростков независимо от того имеют они отклонения в ПП или не имеют.

Результаты по опроснику образа собственного тела представлены в табл. 19.

Таблица 19

Результаты по опроснику образа собственного тела в раннем юношеском возрасте

Степень удовлетворения	Имеют отклонения в пищевом поведении		Не имеют отклонений в пищевом поведении		ф эмп
	чел	%	чел	%	
Удовлетворен	21	54	9	89	1.787
Не удовлетворен	18	46	2	11	

По результатам мы видим, что показатель удовлетворенности превышает показатель неудовлетворенности своей внешностью. Учащиеся, имеющие отклонения в пищевом поведении, практически в равной степени

удовлетворены образом собственного тела. Так двадцать один человек удовлетворен, а восемнадцать нет.

Учащиеся с условно здоровым пищевым поведением в основном удовлетворены своей внешностью (89%), но есть и те, кто не удовлетворен.

Это также может свидетельствовать о том, что степень удовлетворения и неудовлетворения своим телом представлено у испытуемых, имеющих особенности в пищевом поведении, практически в равном соотношении, а условно здоровые отношения с едой не является гарантией удовлетворения собственной внешностью.

Для проверки достоверности, представленного выше вывода, был использован критерий углового преобразования Фишера, результаты которого показали, что мы с достоверностью в 5% можем говорить о различиях удовлетворённости образом собственного тела у старшеклассников, имеющих и не имеющих пищевые отклонения. Старшеклассники с условно здоровым ПП больше удовлетворены своим телом, чем те, кто имеет отклонения в ПП.

Дальнейший анализ проективной методики «Мое тело» покажет конкретные критерии желаемых изменений учащихся (см. табл. 20).

Таблица 20

Результаты по методике «Мое тело» в раннем юношеском возрасте (в %)

Критерии	Мальчики	Девочки
Больше мышечной массы	21	5
Рельефное тело	17	-
Женственные формы	-	11
Близость к культурного идеалу	-	-
Позитивное отношение к собственному телу	6	6
Похудение	9	16
Выше рост	21	6
Прическа (длиннее волосы)	9	-
Качество кожи	-	-

У большинства учащихся 27% отмечается стремление к более высокому росту, что ярче проявляется у мужского пола (21%). 9% мальчиков отметили

желание отрастить волосы, у девочек такого желания выявлено не было. Также мы наблюдаем стремление к набору мышечной массы (26%) и рельефному телу (17%), что присуще больше мужскому полу, но и девочки имеют стремление к набору мышечной массы (5%).

У 9% мальчиков мы видим стремление к похудению, что соотносится с их избыточной массой тела и 16% девочек также отметили желание похудеть. У 11% девочек отмечается желание иметь женственные формы.

Только у 12% учащихся данной возрастной группы отмечается позитивное отношение к собственному телу.

Далее мы соотнесли принятие образа собственного тела с уровнем самооценки по «Физическому Я» и «Личностному Я» (см. табл. 21).

Таблица 21

Результаты по методике «Дембо-Рубинштейн» по оценке «Физического Я» в раннем юношеском возрасте

Уровень самооценки	Физическое Я				ф эмп
	Имеют отклонения в ПП		Не имеют отклонений в ПП		
	чел	%	чел	%	
Завышенный	6	15	1	10	0.15
Высокий	14	36	4	32	
Средний	9	22	2	24	
Низкий	11	27	3	22	

Исходя из данных, представленных в таблице, мы видим, что у двух групп старших подростков различий в уровне самооценки по «Физическому Я» практически нет. Можно отметить склонность к занижению оценки своего тела у всей возрастной группы.

Используя критерий углового преобразования Фишера, был сделан вывод о том, что различий в степени адекватности оценки своего тела у старшеклассников, имеющих и не имеющих отклонений в ПП, не наблюдается.

Таблица 22

**Результаты по методике «Дембо-Рубинштейн» по оценке
«Физического Я» в раннем юношеском возрасте**

Уровень самооценки	Личностное Я			
	Имеют отклонения в ПП		Не имеют отклонений в ПП	
	чел	%	чел	%
Завышенный	9	22	2	10
Высокий	10	25	3	40
Средний	10	25	2	10
Низкий	11	28	3	40

Большинство испытуемых имеет адекватный уровень оценки своего «Личностного Я», что может говорить о формировании рефлексии на высоком уровне.

Объективность полученных оценок мы проверяем по физическому измерению – индексу массы тела (см. табл. 23).

Таблица 23

Показатели Индекса массы тела в раннем юношеском возрасте

Индекс массы тела	Имеют отклонения в ПП		Не имеют отклонений в ПП	
	чел	%	чел	%
Дефицит	-	-	-	-
Норма	21	72	20	100
Избыточная масса тела	8	28	-	-
Итого	29	100	20	100

В данной возрастной группе было выявлено, что у учащихся, которые не имеют отклонений в ПП, избыточная масса тела не наблюдается, а у учащихся, имеющих отклонения в ПП, мы видим избыточную массу тела у 28% учеников.

Результаты по опроснику образа собственного тела представлены в табл. 24.

Результаты по опроснику образа собственного тела студентов

Степень удовлетворения	Имеют отклонения в пищевом поведении		Не имеют отклонений в пищевом поведении		ф эмп
	чел	%	чел	%	
Удовлетворен	7	54	3	75	0,779
Не удовлетворен	6	46	1	25	

По результатам мы видим, что показатель неудовлетворенности ниже показателя удовлетворенности своей внешностью, т. е. большее количество испытуемых своими внешними данными довольны. Шесть человек, имеющие отклонения в пищевом поведении, не удовлетворены своим образом тела, что подтверждает возможность использования пищи для достижения желаемого тела. Один человек, имеющий условно здоровые отношения с едой, также не удовлетворены своей внешностью.

Удовлетворены образом своего тела десять человек из представленной возрастной группы, семь из которых имеют отклонения в пищевом поведении разного типа. Три человека имеют чистый ограничительный тип, два имеют смешанный – экстернальный и ограничительный, один имеет смешанный тип эмоционального и экстернального пищевого поведения. Остальные три находятся в условно здоровых отношениях с едой.

Так можно сделать вывод о том, что удовлетворены своим телом испытуемые, в основном имеющие ограничительный тип пищевого поведения. Это может быть связано с удовлетворением от высокой степени контроля над своими приемами пищи, а следовательно, и за своими внешними показателями.

Для проверки достоверности, представленного выше вывода, был использован критерий углового преобразования Фишера, результаты которого показали, что мы с не можем говорить о различиях в степени удовлетворённости образом собственного тела у студентов, имеющих и не

имеющих отклонения в ПП, т. е. студенты с отклонениями в ПП и без удовлетворены или не удовлетворены своим телом в равной степени.

Дальнейший анализ проективной методики «Мое тело» покажет конкретные критерии желаемых изменений студентов (см. табл. 25).

Таблица 25

Результаты по методике «Мое тело» студентов (в %)

Критерии	Мальчики	Девочки
Больше мышечной массы	33	-
Рельефное тело	67	21
Женственные формы	-	-
Близость к культурного идеалу	-	-
Позитивное отношение к собственному телу	-	36
Похудение	67	50
Выше рост	-	-
Прическа (длиннее волосы)	-	14
Качество кожи	-	14

У большинства учащихся 67% мальчиков и 50% девочек отмечается стремление к похудению, что является следствием преобладания ограничительного типа пищевого поведения. Также мы наблюдаем стремление к набору мышечной массы (33%) у мальчиков и рельефному телу (67% у мальчиков и 21% у девочек). В данной возрастной группе женский пол не стремится набирать мышечную массу, у них в приоритете похудение. У мужского пола стоит приоритет похудения из-за избыточной массы тела, с целью достижения рельефного тела.

Только у 36% девушек отмечается позитивное отношение к собственному телу. Никто из мужского пола позитивно к себе не относится.

Далее мы соотнесли принятие образа собственного тела с уровнем самооценки по «Физическому Я» и «Личностному Я» (см. табл. 26).

Таблица 26

**Результаты по методике «Дембо-Рубинштейн» по оценке
«Физического Я» у студентов**

Уровень самооценки	Физическое Я				Ф эмп
	Имеют отклонения в пищевом поведении		Не имеют отклонений в пищевом поведении		
	чел	%	чел	%	
Завышенный	1	7	1	33	0.757
Высокий	5	36	1	33	
Средний	3	21	-	-	
Низкий	5	36	1	33	

Исходя из данных, представленных в таблице, мы видим, что у двух групп студентов различий в уровне самооценки по «Физическому Я» практически нет.

Используя критерий углового преобразования Фишера, был сделан вывод о том, что различий в степени адекватности оценки своего тела у студентов, имеющих и не имеющих отклонений в ПП, не наблюдается.

Таблица 27

**Результаты по методике «Дембо-Рубинштейн» по оценке
«Личностного Я» у студентов**

Уровень самооценки	Личностное Я			
	Имеют отклонения в пищевом поведении		Не имеют отклонений в пищевом поведении	
	чел	%	чел	%
Завышенный	1	7	1	33
Высокий	5	36	1	33
Средний	2	185	1	33
Низкий	6	42	-	-

Большинство испытуемых имеет адекватный уровень оценки своего «Личностного Я», что может говорить о сформированной рефлексии на высоком уровне.

Объективность полученных оценок мы проверяем по физическому измерению – индексу массы тела (см. табл. 28).

Показатели Индекса массы тела у студентов

Индекс массы тела	Имеют отклонения в ПП		Не имеют отклонений в ПП	
	чел	%	чел	%
Дефицит	1	7	-	-
Норма	10	71	3	100
Избыточная масса тела	3	12	-	-

В данной возрастной группе было выявлено, что избыточную массу тела имеют только те студенты, которые имеют отклонение в ПП.

Большинство испытуемых относятся к своим физическим показателям адекватно, главное, что показатели «Физического Я» являются отделенными от «Личностного Я» и не оказывают на него влияния из-за развития рефлексии. Студенты имеют достаточный уровень осознанности, чтобы отделять свое тело от своей личности.

Далее мы рассмотрели динамику проявления степени удовлетворенности и неудовлетворенности своим телом в разных возрастных группах (см. рисунок 2).

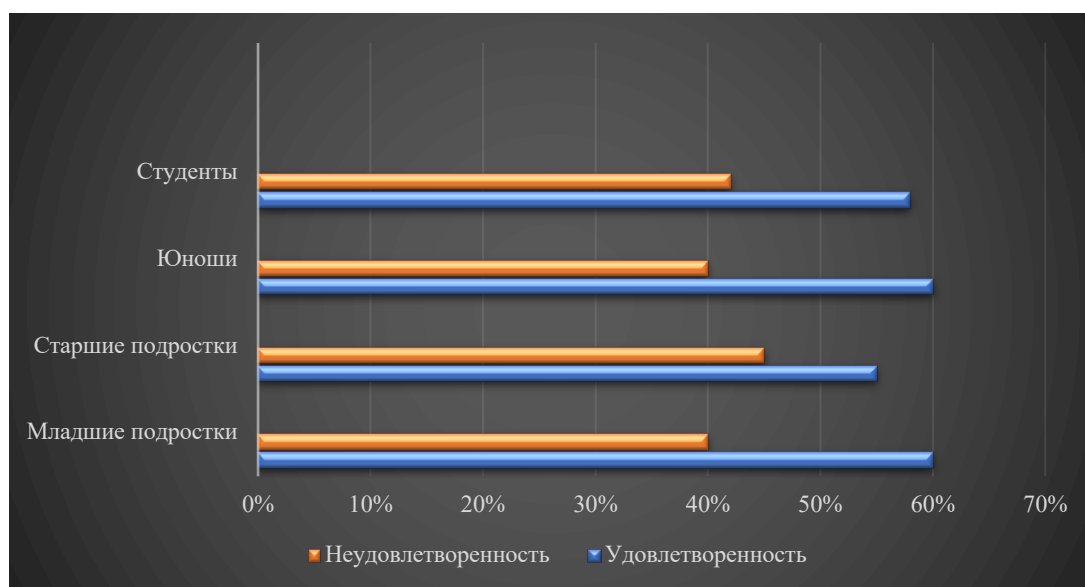


Рис. 2. Распределение степени удовлетворенности своим телом в разновозрастных группах

По рисунку можно сделать вывод о том, что степень удовлетворенности остается на практически одинаковом уровне у всех возрастов также, как и

степень неудовлетворенности. Наибольший процент удовлетворенности отмечается у младших подростков и юношей, наибольшей процент неудовлетворенности отмечается у старших подростков.

Далее мы рассмотрели динамику проявления уровня самооценки «Физического Я» учащихся разных возрастов (см. рисунок 3).

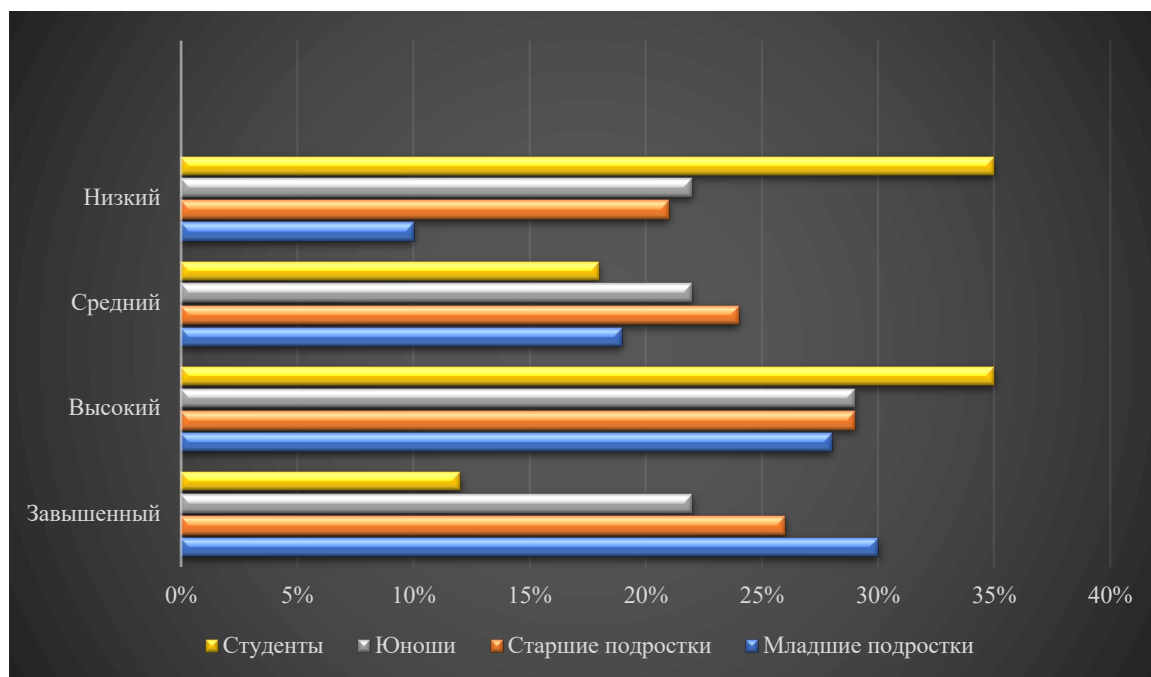


Рис. 3. Распределение уровня самооценки «Физического Я» в разновозрастных группах

Завышенный уровень оценки своего тела характерен для младших подростков, с возрастом эта склонность проявляется меньше.

Высокий уровень оценки своего тела проявляется в большей степени у студентов, у остальных возрастных групп находится на примерно одинаковом уровне.

Средний уровень оценки своего тела проявляется в большей степени у старших подростков и юношей, а в меньшей у младших подростков и студентов.

Низкий уровень оценки своего тела проявляется в большей степени у студентов. Он постепенно возрастает от возраста к возрасту.

Таким образом, мы видим динамику в проявлении неадекватной самооценки завышенный уровень уменьшается, а низкий увеличивается от возраста к возрасту.

Далее мы рассмотрели динамику проявления уровня самооценки «Личностного Я» учащихся разных возрастов (см. рисунок 4).

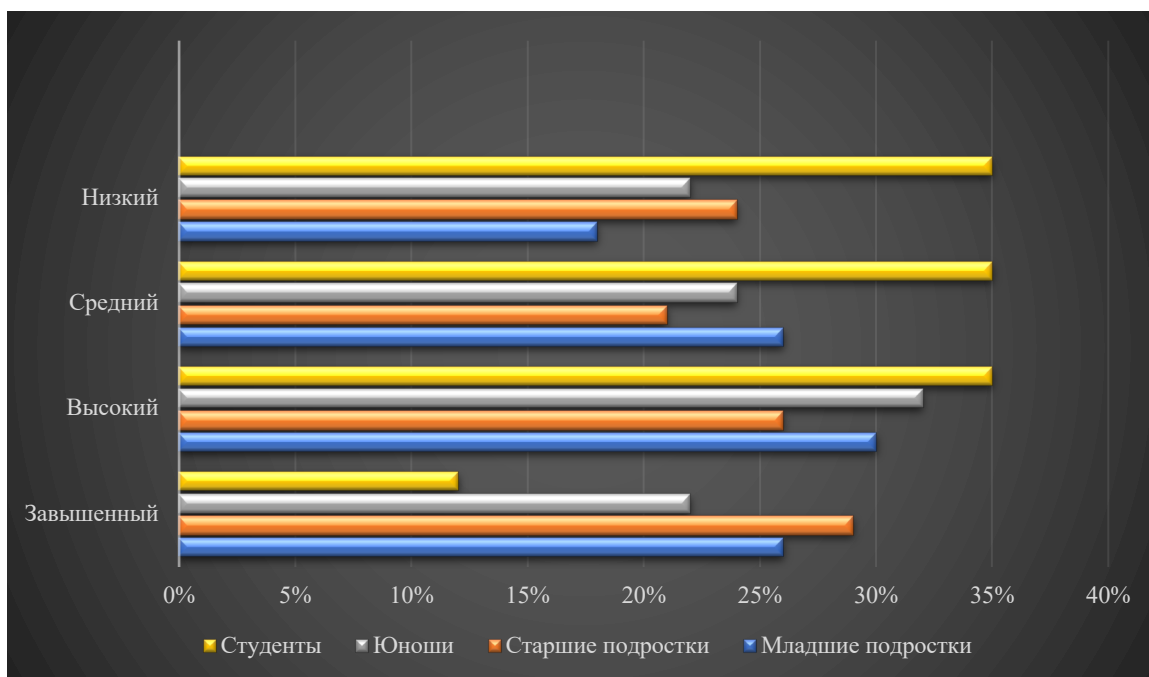


Рис. 4. Распределение уровня самооценки «Личностного Я» в разновозрастных группах

Завышенный уровень оценки своих качеств характерен в большей степени для старших подростков, динамика от возраста к возрасту уменьшается.

Высокий уровень оценки своего тела проявляется в большей степени у студентов, у остальных возрастных групп находится на примерно одинаковом уровне, в меньшей степени у старших подростков.

Средний уровень оценки своего тела проявляется в большей степени у студентов, а в меньшей у старших подростков, у остальных на одинаковом уровне.

Низкий уровень оценки своего тела проявляется в большей степени у студентов. Он постепенно возрастает от возраста к возрасту.

Таким образом, мы видим динамику в проявлении неадекватной самооценки завышенный уровень уменьшается, а низкий увеличивается от возраста к возрасту. Для старших подростков характерно излишнее завышение своих личностных качеств.

Далее была выделена группа с повышенным ИМТ и с помощью полного комплекса методического инструментария было проведено сравнение с группой, имеющей ИМТ в пределах нормы.

Для исследования типов преобладающего пищевого поведения у учащихся был использован Голландский опросник пищевого поведения (см. табл. 33).

Таблица 33

Результаты выраженности пищевого поведения учащихся с разным индексом массы тела

Типы пищевого поведения	Нормальный ИМТ		Высокий ИМТ		ф эмп
	чел	%	чел	%	
Эмоциогенное	7	5	6	22	2,336
Экстернальное	6	6	-	-	
Ограничительное	27	20	3	11	
Все типы	13	10	6	22	
Не выражено	46	35	4	15	
Эм-е + экстрен.	7	5	5	19	
Экстер-е + огран-е	16	12	3	11	
Эмоц-е + огран-е	12	9	-	-	

Исходя из данных, представленных в табл. 33 следует, что достоверно больше учащихся с избыточным ИМТ, имеющих отклонения ПП относительно испытуемых группы без отклонений ПП. Это говорит о том, что наличие отклонений ПП способствует набору веса из-за неэффективных поведенческих паттернов в питании, в том числе провоцирующих переедание. Далее проведем анализ степени удовлетворенности испытуемыми, имеющих разную массу тела, собственным образом тела (см. табл. 34).

Таблица 34

Степень удовлетворенности испытуемых, имеющих разную массу тела,
образом собственного тела

Степень удовлетворенности	Нормальный ИМТ		Высокий ИМТ		ф эмп
	чел	%	чел	%	
Удовлетворен	84	64	12	43	2,014
Не удовлетворен	48	46	16	57	

Из таблицы 34 следует, что большинство учащихся с нормативным ИМТ удовлетворены образом своего тела больше в сравнении с меньшинством учащихся с избыточным ИМТ.

Таким образом, мы выявили распространение и распределение отклонений ПП разных возрастных групп, различия в степени удовлетворения образом собственного тела, ИМТ, оценке физического «Я» в зависимости от ПП.

Далее мы возьмем критерии желаемых улучшений в соответствии с проведенной проективной методикой «Мое тело» и проанализируем различия в двух сравниваемых групп, имеющих разную массу тела (см. табл. 35).

Для проверки достоверности, представленного выше вывода, был использован критерий углового преобразования Фишера, который показал, что мы с достоверностью в 5% можно заключить о различиях в удовлетворённости образом собственного тела у учащихся с нормативным и повышенным ИМТ, т.е. учащиеся с нормативным ИМТ удовлетворены образом своего тела все же больше, чем учащиеся в повышенным ИМТ.

Таблица 35

Критерии улучшений по проективной методике «Мое тело» испытуемых,
имеющих разную массу тела, образом собственного тела

Критерии	Нормальный ИМТ		Высокий ИМТ	
	чел	%	чел	%
Позитивное отношение к собственному телу	67	51	3	11
Женственные формы	4	3	-	-
Похудение	25	19	16	57
Больше мышечной массы	18	14	4	14
Рельефное тело	18	14	5	18

Позитивное отношение к собственному телу преобладает у учащихся с нормальным ИМТ (51%), но в группе с высоким ИМТ также имеют люди с позитивным отношением (11%). Женственные формы хотят иметь учащиеся с нормальным ИМТ (3%), в группе с высоким ИМТ подобного стремления выявлено не было. Желание похудеть доминирует у учащихся с высоким ИМТ (57%), но у учащихся с нормальным ИМТ также наблюдается подобное стремление только в гораздо меньшей степени (19%). Больше мышечной массы и рельефное тело хотят достичь одинаковое количество учащихся в двух сравниваемых группах.

Так в стремлении похудеть доминируют учащиеся с высоким ИМТ, а позитивным отношением отличаются учащиеся с нормальным ИМТ, но масса тела не исключает позитивного отношения к себе людей с избыточной массой тела и желание похудеть у людей с нормальной массой тела.

Далее мы соотнесем принятие образа собственного тела с уровнем самооценки по «Физическому Я» и «Личностному Я» и проанализируем различия в двух сравниваемых групп, имеющих разную массу тела (см. табл. 36).

Таблица 36

Результаты по методике «Дембо-Рубинштейн» испытуемых, имеющих разную массу тела

Уровень самооценки	Нормальный ИМТ (%)				Высокий ИМТ (%)				ф эмп	
	Физ Я		Лич Я		Физ Я		Лич Я			
	чел	%	чел	%	чел	%	чел	%		
Завышенная	23	17	25	19	-	-	2	7	2,689	2,418
Высокая	44	34	47	36	-	-	7	25		
Средняя	34	26	26	20	10	36	15	54		
Низкая	31	23	34	26	18	64	4	14		

Завышенной и высокой оценки «Физического Я» у учащихся с высоким ИМТ не обнаружено, подобная оценка наблюдается у учащихся с нормальным ИМТ 17% и 41% соответственно. Завышенная и высокая оценка себя присутствует в «Личностном Я» у двух сравниваемых групп, где в большей степени данная оценка выявлена у учащихся с нормальным ИМТ.

Средняя оценка своего «Физического Я» и «Личностного Я» преобладает у учащихся с высоким ИМТ, что говорит о резком снижении оценке себя из-за качеств своего тела.

Низкая оценка присутствует у двух групп испытуемых, но в большей степени низкую оценку своему «Физическому Я» дают учащиеся с высоким ИМТ, а более низкую оценку своего «Личностного Я» дают учащиеся с нормальным ИМТ, что может свидетельствовать о не связанности оценки тела и личностных качеств учащихся.

По уровню оценки физического «Я» достоверно подтверждено, что для испытуемых с избыточным ИМТ характерна негативная оценка физического «Я» в отличие от испытуемых с нормативным ИМТ. Повышенная критичность в отношении своего тела у испытуемых с избыточным ИМТ исходит из низких значений по шкалам стройности-полноты и спортивности-не спортивности.

С помощью критерия Фишера мы выявили, что для испытуемых с высоким ИМТ характерна более адекватная оценка своего «Личностного Я», чем для испытуемых с нормальным ИМТ. Они оценивают свои личностные качества на более высоком уровне.

Выводы

В эмпирической части исследования мы выявляли распространение и распределение отклонений в пищевом поведении у разных возрастных групп, а также их степень удовлетворения образом собственного тела и уровень самооценки.

Отклонения ПП выявлены во всех возрастных группах учащихся. Причем увеличивается количество учащихся с нарушением ПП от младшего возраста к студенческому. Преобладание отклонений ПП начинается с раннего юношеского возраста и преобладает достоверно по всей выборке.

Склонность к ограничительному пищевому поведению постепенно усиливается от младшего подросткового к юношескому. Последние в большей степени склонны к ограничениям и контролю питания.

Комбинация двух или трех типов ПП увеличивается от возраста к возрасту и в большей степени присутствует у студентов. У юношеских групп стратегии отклонений ПП усложняются относительно подростковых.

Было выявлено, что во всех возрастных группах учащихся тех, кто удовлетворен своим телом больше, чем тех, кто не удовлетворён.

Достоверно больше удовлетворены образом собственного тела те учащиеся, кто не имеет особенностей в ПП, чем те, кто их имеет, но отсутствие особенностей в ПП не является единственным фактором удовлетворения образом собственного тела.

Зафиксировано увеличение числа учащихся по мере взросления неудовлетворенных своим телом сначала с привязкой к отклонению ПП, а потом вне его. У младших подростков преобладает удовлетворенность своим телом вне зависимости от ПП, среди старших подростков и старшеклассников с отклонениями ПП уже преобладают неудовлетворенные своим телом, в студенческой группе преобладает неудовлетворенность вне зависимости от ПП.

Во всех возрастных группах учащихся адекватное оценивание себя преобладает над неадекватным. Тенденций к завышению или занижению самооценки выявлено не было.

Во всех возрастных группах учащиеся с избыточным ИМТ имеют отклонения ПП.

Испытуемые с нормативным ИМТ удовлетворены своим телом больше в сравнении с теми, чей ИМТ избыточен. Последние склонны к более негативной оценке своего физического «Я».

Были выявлены различия степени адекватности и неадекватности в оценке своего «Физического Я» и «Личностного Я» испытуемыми с разной массой тела и подтвердили, что для испытуемых с высоким ИМТ характерна более адекватная оценка своего «Личностного Я», чем для испытуемых с нормальным ИМТ.

Исходя из представленных выше выводов, мы можем говорить о том, что гипотеза исследования была подтверждена. Так действительно существуют различия в образе «Физического Я» у учащихся, имеющих отклонения в пищевом поведении и без них, а именно удовлетворенность образом собственного тела, более неадекватная оценка своего «Физического Я» и повышенный ИМТ присущи учащимся с отклонениями ПП относительно их здоровых в ПП сверстников. Также отмечается значительный рост учащихся с отклонениями пищевого поведения от младшего подросткового возраста к юношескому.

Заключение

При теоретическом анализе были рассмотрены понятия образа физического «Я» и пищевого поведения, а также их формирование в онтогенезе. Так понятие физического «Я» было отделено от понятий телесности, телесного «Я» и схемы тела, что позволяет изучить физическое «Я» на более глубоком уровне. Мы определили физическое «Я» как продукт самосознания, одно из измерений Я-концепции человека, включающее в себя когнитивную, аффективную и поведенческую составляющие. Также были выведены основные понятия, касающиеся пищевого поведения, из которых мы можем сделать вывод о том, что оно чаще используется в психиатрии, т. е. определяет патологию. В нашем исследовании мы вводим понятие особенностей пищевого поведения, которые еще не считаются отклонением или расстройством, но является дезадаптивной стратегией в отношении питания.

По итогу анализа теории можно сделать вывод о том, что база исследований, изучающая связь образа физического «Я» и пищевое поведение, является недостаточной для полного раскрытия данной области. Психологического подхода в исследованиях не было найдено.

В эмпирической части исследования были сделаны следующие выводы:

Было выявлено, что учащихся, которые имеют отклонения в пищевом поведении, больше, чем учащихся с условно здоровым пищевым поведением. Во всех возрастных группах учащихся адекватное оценивание себя преобладает над неадекватным, но видны различия в оценке своего Личностного «Я» у групп учащихся разным индексом массы тела. Для учащихся с повышенным индексом массы тела характерна более адекватная оценка своего Личностного «Я», чем для испытуемых с нормативным индексом массы тела. Учащиеся с нормативным индексом массы тела удовлетворены своим телом больше, чем учащиеся с повышенным индексом массы тела.

Исходя из представленных выше выводов, мы можем говорить о том, что гипотеза исследования была подтверждена. Так действительно существуют различия в образе Физического «Я» у учащихся, имеющих отклонения в пищевом поведении и без них, а именно удовлетворенность образом собственного тела, более неадекватная оценка своего Физического «Я» и повышенный индекс массы тела присущи учащимся с отклонениями пищевого поведения относительно их здоровых в пищевом поведении сверстников.

На основании полученных были разработаны рекомендации учащимся с отклонениями в пищевом поведении (см. приложение 1), которые могут стать опорой в трудные моменты и будут напоминать о том, чего не стоит делать даже, если это привычная модель поведения.

Результаты исследования могут представлять интерес для педагогов-психологов, работающих в образовательных организациях, для психологов, занимающихся частной практикой в области отклонений в пищевом поведении, а также для родителей и людей, интересующихся исследуемой научной областью.

Список использованной литературы:

1. Авдюнина Н. А. Об отношении к образу тела юношей и девушек мегаполиса // В сб.: Ребенок в образовательном пространстве мегаполиса. Материалы II межрегиональной научно-практической конференции. - 2015. - С. 194—197.
2. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. - М.: Прогресс, 1986. - 422 с.
3. Бодалёв А.А. Восприятие и понимание человека человеком. - М., 1982. - 200 с.
4. Большой психологический словарь / Под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. - СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК; М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2003, 2004. - 666 с.
5. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: кратк. учебн. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. - 376 с.
6. Бухлина Л. Ю. Социально-психологические проблемы самовосприятия телесного образа в современных условиях // Психология телесности: теоретические и практические исследования: Сборник статей II международной научно-практической конференции / Под общей ред. Е. В. Буренковой. Пенза: ПГПУ им. В. Г. Белинского, 2009. - С. 251—257.
7. Быховская И.М. Homo somatikos: аксиология человеческого тела. - М., 2000. - 208 с.
8. Выготский Л. С. Исторический смысл психологического кризиса // Собр. соч. в 6-ти т. / Под ред. А.Р. Лурия, М.Г. Ярошевского. - М.: Педагогика, 1982. Т. 1. - С. 228-291.
9. Выготский, Л. С. Психология: монография / Л. С. Выготский. - М.: Издательство ЭКСМО-Пресс, 2000. - 1008 с.
10. Залеская О.В. Особенности образа тела у подростков с психосоматической патологией на примере бронхиальной астмы: дис. ... канд. психол. наук. - М., 2007. - 169 с.

- 11.Зверева Н. В., Дубровская Е.И. К вопросу об изучении формирования пищевого поведения у детей дошкольного возраста // V Международный конгресс "Молодое поколение XXI века: Актуальные проблемы социально-психологического здоровья". - 2013. - С. 321-322.
- 12.Исаев Д. Н., Каган В.Е. Половое воспитание детей. - М.: Медицина, 1988. — 160 с.
- 13.Кон И.С. В поисках себя: Личность и её самосознание. - М., 1984. - 335 с.
- 14.Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения. - М.: Эксмо, 2007. - 1040 с.
- 15.Маслоу А. Мотивация и личность / пер. А. М. Татлыбаевой. - СПб.: Евразия. 1999. - 338 С.
- 16.Маттес А. и Хан Дж. Психология человека от рождения до смерти. - М., 2001. - 173 с.
- 17.Мдивани М. О. Исследование структуры образа физического «Я» школьников. Автореф. ... канд. псих. наук. - М., 1991—106 с.
- 18.Менделевич, В. Д. Руководство по аддиктологии: монография / В. Д. Менделевич. - СПб.: Речь, 2007. - 768 с.
- 19.Менделевич, В. Д. Клиническая и медицинская психология: монография / В. Д. Менделевич. - — 6 е изд. — М. : МЕДпресс информ, 2008. — 432 с.
- 20.Михайлова А. П., Штрахова А.В. Пищевое поведение в норме, в условиях стресса и при патологии: библиографический обзор / А.П. Михайлова, А.В. Штрахова. – Ж. Психология. Психофизиология. – 2018. – С. 80 – 94
- 21.Михайлова А.П., Иванова Д.А., Штрахова А. В Вопросы квалификации и психологической диагностики пищевого поведения в норме и при его нарушениях / А.П. Михайлова, Д.А. Иванова, А.В. Штрахова. - Ж. Психология. Психофизиология. – 2019. – С. 97 – 117
- 22.Мухина В.С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество. - М.: «Академия», 1999. - 456 с.

- 23.Плеснер Х. Ступени органического и человек // Проблемы человека и западной философии. - М., 1988.
- 24.Райх В. Сексуальная революция. - СПб: М, 1997. - 352 с.
- 25.Савенков Ю.И. Избыточный вес — угроза здоровью. — Барнаул: Алг. кн. изд-во, 1985. — 72 с.
- 26.Соколова Е. Т. Исследования «образа тела» в зарубежной психологии / Е. Т. Соколова, А.Н. Дорожевец // Вестник Моск. Ун-та. Сер. 14. Психология. -1985. - № 4. - С. 39—49.
- 27.Татаурова С.С. Актуальные проблемы исследования образа тела // Психологический вестник Уральского государственного университета. - 2009. Вып. 8. - С. 142—154.
- 28.Фрэнкин Р. Мотивация поведения: биологические, когнитивные и социальные аспекты. - СПб.: Питер. 2003. - 651 с.
- 29.Шебанова В. И., Шебанова С.Г. Влияние семьи на формирование расстройств пищевого поведения детей и подростков // V Международный конгресс "Молодое поколение XXI века: Актуальные проблемы социально-психологического здоровья". - 2013. - С. 327-328.
- 30.Birch L., Savage J., Ventura A. Influences on the Development of Children's Eating Behaviors: From Infancy to Adolescence // Canadian Journal Diet Practices Research. 2007. V. 68. № 1. P. 1-56.
- 31.Brown R., Ogden J. Children's eating attitudes and behavior: a study of the modelling and control theories of parental influence // Health Education Research. 2004. V. 19. № 3. P. 261-271.
- 32.Eliassen E. The Impact of Teachers and Families on Young Children's Eating Behavior // Young Children. 2011. P. 84-89.
- 33.Marcus D. The Pre-School Child at Risk: An Eating Disorder // Child and Adolescent Social Work. 1989. V. 6. №1. P. 65-71.
- 34.Scaglioni S., Salvioni M., Galimberti C. Influence of parental attitudes in the development of children eating behavior // British Journal of Nutrition. 2008. V. 99. Supl. 1. P. 22-25.

35. Taylor J., Evers S., McKenna M. Determinants of Healthy Eating in Children and Youth // Canadian Journal of Public Health. 2005. V. 96. Supl. 3. P. 20-26.
36. Tuano S., Keren M. Расстройства пищевого поведения в младенческом возрасте: эпидемиология и культурные аспекты // Расстройства пищевого поведения / под. ред. Мэйа М., Халми К., Лопез-Ибора Х., Сарториуса Н. К. Сфера. - 2006. - P. 116-119.

Рекомендации по стабилизации пищевого поведения

Часто люди возвращаются к своим старым привычкам и мыслям, особенно в стрессовых ситуациях. Поэтому, первое, полезно определить моменты, риск возвращения зависимости особенно велик, например:

- Моменты, когда вы набираете или теряете вес;
- Соблюдение диеты
- Путешествия
- Экзамены, расставания, переезд и т.д.

В эти моменты нужно подумать о предупреждающих знаках, например:

- Едите слишком много или слишком мало;
- Торгуетесь сами с собой насчет еды;
- Хотите избавиться от съеденной пищи;
- Зацикливаетесь на еде;
- Часто взвешиваетесь или рассматриваете свое тело.

Таким образом, можно выделить следующие рекомендации:

- Запишите причины, побудившие вас встать на путь избавления от зависимости, и перечитывайте его в особо тяжелые моменты;
- Отнесите одежду, когда вам не размеру в магазин, приюты, а себя побалуйте парой новых вещей того размера, в котором вы чувствуете себя комфортно;
- Попробуйте не проводить слишком много времени за разглядыванием своего тела;
- Попробуйте, по возможности, не взвешиваться;
- Разговаривайте с людьми: выплесните эмоции, поделитесь беспокойством с тем, кто понимает вас;
- Попробуйте не сравнивать себя с людьми в Интернете. Помните, что эти изображения обычно обрабатываются в фоторедакторах.

Таблица 1

Первичные данные испытуемых по Опроснику собственного тела
(в сырых баллах)

№ испытуемого	Баллы
1.	48
2.	18
3.	31
4.	36
5.	32
6.	23
7.	72
8.	28
9.	23
10.	16
11.	38
12.	23
13.	18
14.	57
15.	21
16.	47
17.	59
18.	20
19.	5
20.	16
21.	2
22.	5
23.	12
24.	1
25.	20
26.	31
27.	3
28.	15
29.	41
30.	14
31.	12

№ испытуемого	Баллы
32.	15
33.	7
34.	27
35.	11
36.	25
37.	30
38.	22
39.	29
40.	26
41.	21
42.	20
43.	26
44.	29
45.	45
46.	46
47.	51
48.	43
49.	24
50.	40
51.	16
52.	33
53.	16
54.	25
55.	38
56.	16
57.	28
58.	29
59.	61
60.	20
61.	22
62.	28
63.	24
64.	18
65.	19

№ испытуемого	Баллы
66.	28
67.	16
68.	35
69.	18
70.	0
71.	0
72.	0
73.	0
74.	0
75.	9
76.	22
77.	6
78.	1
79.	21
80.	18
81.	2
82.	30
83.	12
84.	5
85.	14
86.	3
87.	4
88.	9
89.	12
90.	11
91.	15
92.	16
93.	3
94.	6
95.	2
96.	17
97.	0
98.	3
99.	5

№ испытуемого	Баллы
100.	1
101.	12
102.	6
103.	0
104.	21
105.	6
106.	0
107.	3
108.	13
109.	1
110.	10
111.	18
112.	11
113.	11
114.	36
115.	17
116.	13
117.	4
118.	1
119.	7
120.	4
121.	31
122.	41
123.	12
124.	32
125.	2
126.	13
127.	16
128.	5
129.	13
130.	11
131.	26
132.	14
133.	34

№ испытуемого	Баллы
134.	23
135.	1
136.	16
137.	5
138.	28
139.	13
140.	25
141.	28
142.	4
143.	8
144.	9
145.	4
146.	21
147.	29
148.	5
149.	11
150.	11
151.	7
152.	12
153.	8
154.	6
155.	11
156.	20
157.	34
158.	25
159.	43
160.	26
161.	45

Таблица 2

Первичные данные испытуемых по Голландскому опроснику пищевого поведения (в сырых баллах)

№ испытуемого	Эмоциогенное пищевое поведение	Экстернальное пищевое поведение	Ограничительное пищевое поведение
1.	2,8	2,1	2,3
2.	2,1	1,7	2,5
3.	1,8	1,2	3,3
4.	1,9	1,5	3,7
5.	1	1,5	4
6.	1,8	1,2	3,5
7.	1,3	1,3	3,3
8.	4,2	2,5	3,4
9.	4,1	2,0	3,7
10.	1,3	1,8	3,3
11.	2,9	1,3	3,3
12.	4,2	2,1	2
13.	1,5	1,2	1,9
14.	1	1,0	2,6
15.	1,5	1,6	2,8
16.	2,7	2,3	2,9
17.	1,2	1,0	1,3
18.	1	2,0	3,2
19.	1,8	2,6	4,2
20.	1	1,0	3,3
21.	1,2	1,2	3,4
22.	1,5	1,8	3,5
23.	4,5	4,3	4
24.	1,1	2,7	4,3
25.	1,3	2,3	3,4
26.	4,5	1,4	3,5
27.	1,5	4,0	3,6
28.	2,2	1,3	3,4
29.	2,7	2,5	3,7
30.	2,1	1,3	2,1

№ испытуемого	Эмоциогенное пищевое поведение	Экстернальное пищевое поведение	Ограничительное пищевое поведение
31.	3	1,7	3
32.	3,1	2,8	3,1
33.	2,4	2,1	3,3
34.	1	1,2	2,2
35.	1,4	5,0	5
36.	2,3	1,2	1,8
37.	1	1,0	2,9
38.	1,2	1,7	3,3
39.	1,9	1,7	3
40.	4	1,2	2,3
41.	1	1,0	2,5
42.	1	1,8	3,3
43.	2,7	1,0	2,6
44.	1,2	1,0	3,4
45.	4,1	1,8	3,2
46.	1,4	1,0	2,3
47.	3,1	3,0	3
48.	3,5	2,8	2,9
49.	3	2,2	3,2
50.	2,5	2,8	2,7
51.	3	3,0	3
52.	1,4	1,4	4,8
53.	3,1	2,5	3,9
54.	2,5	1,5	3,1
55.	3,2	3,0	2,9
56.	1,2	2,5	3,3
57.	1	1,0	3
58.	1,1	1,4	2,9
59.	2	1,2	2,7
60.	1	1,0	3,1
61.	1,6	4,1	3
62.	1,3	1,3	3,1
63.	3,8	2,5	3,7

№ испытуемого	Эмоциогенное пищевое поведение	Экстернальное пищевое поведение	Ограничительное пищевое поведение
64.	2,6	2,6	3,2
65.	2,1	2,2	3,6
66.	3	1,6	3,4
67.	2,3	1,6	2,3
68.	2	1,3	2,9
69.	1	1,3	3
70.	1,5	2,2	2,8
71.	1,8	1,2	1,9
72.	2,1	1,2	3,6
73.	2,7	1,2	2,9
74.	1,8	1,0	2,8
75.	2,6	1,9	3,4
76.	1,7	1,5	3,2
77.	3,1	1,5	1,9
78.	3,4	1,3	2,6
79.	1,4	2,0	2,4
80.	3,4	1,5	3,5
81.	2,4	1,5	2,9
82.	1,8	1,7	2
83.	1,2	1,1	1,5
84.	1,1	1,0	2,3
85.	1,1	1,3	2
86.	2,3	1,2	1,9
87.	2,5	1,0	2,2
88.	1,5	1,1	3,4
89.	1,8	1,4	3,5
90.	3	1,8	3,9
91.	3	1,5	2,7
92.	2,4	1,6	4
93.	2,6	1,0	2,5
94.	3,4	2,9	2,8
95.	1,5	1,0	1,9
96.	1,9	1,2	1,9

№ испытуемого	Эмоциогенное пищевое поведение	Экстернальное пищевое поведение	Ограничительное пищевое поведение
97.	1	1,3	2,6
98.	1,9	1,7	2,9
99.	3,7	1,9	2,1
100.	3,6	1,6	3
101.	1,9	2,4	2,7
102.	2,2	2,5	2,5
103.	1,7	1,6	3,4
104.	4,6	1,3	3
105.	2,2	1,8	3,7
106.	1,4	1,0	2,2
107.	2,2	1,0	1,4
108.	1,3	1,9	4,3
109.	1,1	1,2	2,7
110.	2,1	1,7	2
111.	1	1,0	1
112.	2	1,5	2,9
113.	1,6	1,2	2
114.	1,4	2,0	2,2
115.	1,9	1,0	1,9
116.	4,1	1,1	3,1
117.	3,2	1,7	1,6
118.	1,8	1,3	2,1
119.	2,7	2,8	3
120.	1	1,0	1,6
121.	1,4	2,2	3,5
122.	1,2	2,6	4,8
123.	1	1,5	1
124.	1	1,5	2,2
125.	2,8	1,0	2
126.	2,9	1,0	1,6
127.	3,3	1,2	2,9
128.	1,5	2,1	2,9
129.	1	1,7	3,5

№ испытуемого	Эмоциогенное пищевое поведение	Экстернальное пищевое поведение	Ограничительное пищевое поведение
130.	1	1,5	3,4
131.	1,4	1,5	3,6
132.	3	2,5	3,5
133.	1,1	3,7	4,4
134.	2,7	1,6	4,3
135.	1	1,2	1,7
136.	1,5	1,0	1,7
137.	1	1,0	2,6
138.	1	3,5	4,2
139.	1,6	1,1	2,9
140.	4,6	3,1	3,3
141.	3,1	2,2	2,6
142.	1,1	2,4	3,3
143.	1,9	1,1	2
144.	4	3,7	3,7
145.	3,8	2,1	2,7
146.	2,3	1,7	3,6
147.	3	3,0	3
148.	1,5	1,2	2,6
149.	2,1	1,7	2,7
150.	2,6	2,0	2,7
151.	4	1,0	1,8
152.	2,6	2,1	3,3
153.	2,2	1,6	3,3
154.	2,8	1,6	2,4
155.	2,2	1,0	2
156.	2	3,0	4,1
157.	2,8	2,1	2,3
158.	2,1	1,7	2,5
159.	1,8	1,2	3,3
160.	4	1,0	1,8
161.	2,6	2,1	3,3

Таблица 3

Первичные данные испытуемых по Дембо-Рубинштейн (в сырых баллах)

№ испытуемого	Физическое «Я»	Личностное «Я»
1.	48	30
2.	18	22
3.	31	29
4.	36	26
5.	32	21
6.	23	20
7.	72	26
8.	28	29
9.	23	45
10.	16	46
11.	38	51
12.	23	23
13.	18	18
14.	57	57
15.	21	21
16.	47	47
17.	59	59
18.	20	20
19.	30	48
20.	22	18
21.	29	31
22.	26	36
23.	12	32
24.	70	23
25.	12	32
26.	20	72
27.	31	28
28.	76	48
29.	15	18
30.	41	41
31.	30	14
32.	22	12

№ испытуемого	Физическое «Я»	Личностное «Я»
33.	29	15
34.	26	74
35.	50	46
36.	27	27
37.	11	11
38.	25	25
39.	30	30
40.	22	22
41.	29	29
42.	26	26
43.	21	21
44.	20	20
45.	26	26
46.	29	29
47.	45	45
48.	46	46
49.	51	51
50.	43	43
51.	24	24
52.	40	40
53.	16	16
54.	33	33
55.	16	16
56.	25	25
57.	38	38
58.	16	16
59.	28	28
60.	29	29
61.	61	61
62.	20	20
63.	22	22
64.	28	28
65.	24	24
66.	18	18

№ испытуемого	Физическое «Я»	Личностное «Я»
67.	19	19
68.	28	28
69.	76	34
70.	16	16
71.	35	35
72.	18	18
73.	40	22
74.	16	28
75.	33	24
76.	16	18
77.	25	19
78.	38	22
79.	22	22
80.	45	6
81.	46	1
82.	51	21
83.	43	18
84.	24	2
85.	30	30
86.	12	12
87.	5	5
88.	14	14
89.	3	45
90.	4	46
91.	9	51
92.	12	12
93.	11	11
94.	15	15
95.	16	16
96.	45	45
97.	46	46
98.	51	51
99.	43	43
100.	24	24

№ испытуемого	Физическое «Я»	Личностное «Я»
101.	40	40
102.	45	45
103.	45	46
104.	21	51
105.	18	43
106.	2	24
107.	30	40
108.	12	45
109.	5	46
110.	21	51
111.	18	43
112.	2	13
113.	30	21
114.	40	18
115.	16	2
116.	33	30
117.	16	12
118.	36	36
119.	17	21
120.	13	18
121.	21	2
122.	18	30
123.	40	12
124.	16	5
125.	33	31
126.	16	41
127.	25	12
128.	38	32
129.	22	2
130.	45	13
131.	46	16
132.	30	5
133.	12	13
134.	5	11

№ испытуемого	Физическое «Я»	Личностное «Я»
135.	26	26
136.	14	14
137.	21	34
138.	18	23
139.	2	1
140.	30	16
141.	12	5
142.	28	28
143.	13	13
144.	25	25
145.	28	28
146.	21	21
147.	18	18
148.	2	2
149.	30	30
150.	21	12
151.	29	29
152.	40	5
153.	16	21
154.	33	18
155.	16	2
156.	25	30
157.	38	12
158.	22	5
159.	45	14
160.	46	45
161.	38	12