

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П.ПАВЛОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра общей и клинической психологии

Зав. кафедрой общей
и клинической психологии
д.пс.н., профессор
Исаева Е.Р. _____

Председатель ГАК
д.пс.н., профессор
Соловьева С.Л. _____

Выпускная квалификационная работа

на тему:

**Клинико-психологические особенности пищевого поведения студентов
медицинского ВУЗа**

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Выполнил:
Студент 6 курса
Факультета клинической психологии
Иутина Юлия Викторовна
_____ (подпись)

Научный руководитель:
К.пс.н., ассистент Четверкина Екатерина Дмитриевна
_____ (подпись)

Благодарность выражается клиническим психологам
городского центра охраны репродуктивного здоровья подростков «ЮВЕНТА»

Санкт-Петербург
2023

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	4
1. АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ТЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	8
1.1. Психологические особенности пищевого поведения в студенческой среде.....	8
1.2. Расстройства пищевого поведения в клинической психологии	15
1.3. Перфекционизм и расстройства пищевого поведения	21
1.4. Саморегуляция и расстройства пищевого поведения	26
1.5 . Психологическое консультирование в сфере пищевого поведения..	35
2. МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	40
2.1. Объект исследования	40
2.2. Предмет исследования	40
2.3. Описание выборки	40
2.4. Гипотеза исследования	40
2.5. Цель и задачи исследования	41
2.6. Методы исследования	42
3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.....	46
3.1. Индивидуально-психологические характеристики участников исследования	46
3.1.1 Анализ особенностей пищевого поведения	48
3.2 Анализ результатов исследования тревоги и депрессии по методике «HADS»	49
3.3 Анализ результатов исследования личностных особенностей по методике «Пятифакторный личностный опросник» (Р. МакКрае, П. Коста)	51

3.4. Анализ результатов исследования перфекционизма.....	55
3.5. Анализ результатов исследования особенностей саморегуляции	56
3.6. Анализ результатов исследования особенностей пищевого поведения	58
3.7. Корреляционные взаимосвязи особенностей пищевого поведения с показателями перфекционизма	59
3.8. Корреляционные взаимосвязи особенностей пищевого поведения с показателями саморегуляции	62
3.9. Сравнительный анализ по методике «Голландский опросник пищевого поведения».....	66
3.10. Сравнительный анализ по опроснику перфекционизма Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорвой	66
3.11. Сравнительный анализ по методике «Стиль саморегуляции поведения».....	68
4.ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ	71
5. ВЫВОДЫ.....	71
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	73
Список использованной литературы.....	74
Приложение.....	80

ВВЕДЕНИЕ

Питание выступает одной из значимых составляющих здоровья человека. В соответствии с данными Всемирной организации здравоохранения, состояние здоровья человека на 70% связано с образом жизни и питанием, и только на 15% оно зависит от состояния системы здравоохранения, остальные 15% приходятся на генетику (Шагина В. Н., 2019).

Именно по вышеназванной причине структура питания выступает наиболее значимым критерием уровня качества жизни населения страны.

Питание студентов в России в последнее время выступает темой для научных статей и исследований, ввиду отмеченного неуклонного его ухудшения (Михайлова А.П., Иванова Д.А., Штрахова А.В., 2019).

Актуальность данной темы заключается в том, что студенты первых курсов, у которых преобладает высокий уровень стресса в связи с первым годом обучения в высшем учебном заведении, не уделяют внимания своему питанию. Такое поведение может существенно сказаться на их физическом и психологическом здоровье, может пострадать и успеваемость студентов.

Обучение в высшем учебном заведении осуществляется не только непосредственно в его стенах, достаточное количество времени студенты проводят в домашних условиях, обучаясь самостоятельно. Количество часов, которые тратят студенты на обучение в вузе, строго нормировано, оно не должно превышать 54 часов общего времени, но для него характерна неравномерность, когда в зачетный или экзаменационный период повышается напряженность занятий. Весьма существенными факторами в этой связи выступают физические и эмоциональные нагрузки, которые сопровождают этот сложный период времени. Питание в данный период, следовательно, выступает очень важным моментом, а его качество непосредственно влияет на состояние здоровья и успеваемость студентов (Безряднова А.С., Липатова Л.П., Беркетова Л.В., 2018).

В рассматриваемом ключе пищевое поведение является значимой составляющей состояния здоровья студентов.

Если студенты ведут нездоровый образ жизни, питание неверное, недостаточное, или несбалансированное, то это – прямой путь к нарушению работы организма, в частности, к различного плана сердечно-сосудистым проблемам, заболеваниям опорно-двигательного аппарата и пр. Т.е. расстройства пищевого поведения приводят к развитию опасных для жизни состояний.

В международной классификации болезней (МКБ-11) описаны следующие виды расстройств употребления пищи:

- нервная анорексия;
- нервная булимия;
- нарушение пищевого поведения;
- избегающе-ограничительные расстройства приема пищи;
- извращенный аппетит.

Говоря в общем, пищевые привычки любого человека, и студенты здесь не исключение, являются слагаемыми принятого образа питания в родительской семье. Пищевые привычки также обусловлены местом проживания, национальными и религиозными традициями, экономикой региона, где живет человек и пр.

Пищевые привычки, формируемые у человека с детства, являются весьма значимыми для будущей его жизни. Адаптация к новым условиям – обучением в вузе – способна существенно воздействовать на пищевые привычки, и влиять на понимание того, что является здоровым образом жизни (Безряднова А.С., Липатова Л.П., Беркетова Л.В., 2018).

В достаточном числе исследований отмечается, что расстройства пищевого поведения людей очень часто связаны с личностными факторами, в частности, речь идет о перфекционизме, саморегуляции и о различных нарушениях восприятия образа своего тела. Определенная часть

исследователей говорит о том, что перфекционизм и саморегуляция выступают центральными психологическими характеристиками людей, которые страдают от того или иного нарушения пищевого поведения. Они же называют перфекционизм основным фактором риска.

Объектом нашего исследования являются личностные особенности студентов первого курса ПСПБГМУ им. академика Павлова.

Предметом исследования являются стили саморегуляции личности, характеристики перфекционизма в особенностях типов пищевого поведения студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей (19-24), с ИМТ ниже нормы (<19) и пациентов с диагнозом «нервная анорексия».

В результате проведенного анализа литературных источников была сформулирована следующая **гипотеза исследования**: перфекционизм и саморегуляция взаимосвязаны с особенностями пищевого поведения студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей, с ИМТ ниже нормы и пациентов с диагнозом «нервная анорексия».

Цель исследования: проанализировать взаимосвязь саморегуляции и перфекционизма с особенностями пищевого поведения студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей, с ИМТ ниже нормы и пациентов с нервной анорексией.

Задачи исследования:

1. Исследовать группу студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей: показатели саморегуляции, характеристики перфекционизма, типы пищевого поведения и особенности эмоциональной сферы.
2. Исследовать группу студентов с низким ИМТ: показатели саморегуляции, характеристики перфекционизма, типы пищевого поведения и особенности эмоциональной сферы.

3. Исследовать группу пациентов с диагнозом «нервная анорексия»: показатели саморегуляции, характеристики перфекционизма, типы пищевого поведения и особенности эмоциональной сферы.
4. Провести сравнительный анализ показателей саморегуляции, характеристик перфекционизма и особенностей пищевого поведения студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей, с ИМТ ниже нормы и пациентов с нервной анорексией.
5. Изучить взаимосвязь показателей саморегуляции, характеристик перфекционизма с особенностями пищевого поведения в группе студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей.
6. Изучить взаимосвязь показателей саморегуляции, характеристик перфекционизма с особенностями пищевого поведения в группе студентов с ИМТ ниже нормы.
7. Изучить взаимосвязь показателей саморегуляции, характеристик перфекционизма с особенностями пищевого поведения в группе пациентов с диагнозом «нервная анорексия».

Методы и методики: клинико-психологический метод и экспериментально-психологический метод, включивший такие методики, как: Биографический опросник, «Голландский опросник пищевого поведения» (DEBQ), «Стиль саморегуляции поведения», «Пятифакторный личностный опросник» (Р. МакКрае, П. Коста), опросник перфекционизма Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогоровой, Госпитальная шкала тревоги и депрессии.

1. АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ТЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1.1. Психологические особенности пищевого поведения в студенческой среде

Важнейшим условием сохранения и укрепления здоровья является здоровый образ жизни, являющийся основой первичной профилактики многих заболеваний. Изменения в образе жизни оказывают большое влияние на организм студентов, особенно младших курсов.

Взросший объем информации, новая по сравнению со школой форма подачи, необходимость самостоятельно распределять время и организовывать быт (особенно для иногородних студентов) увеличивает нагрузку на психоэмоциональную сферу. Это непростое и ответственное время для правильного функционирования организма студента и питание играет важную роль.

И.Н. Гурвич и Н.А. Антонова в своей работе «Психологическая детерминация пищевого поведения студенческой молодежи» проводят анализ особенностей состояния здоровья современных студентов. Авторы провели опрос среди студенческой молодежи, в который включили такие вопросы, как диета, количество пищи, прием пищи (место приема), рацион и его особенности, удовлетворенность питанием студентов.

В исследовании была использована шкала Зунге, при помощи которой была проведена диагностика депрессивных состояний, состояние тревоги измеряли при помощи шкалы Тейлора, установка к здоровому образу жизни измерили при помощи шкалы аттитюдов И. Н. Гурвича. Попутно занимались изучением личностной активности студенческой молодежи в отношении своего здоровья и его укрепления и сохранения.

В результате проведенного опроса было выяснено, что более, чем в половине семей студентов, придавалась значимая роль правильному питанию. Многие семьи отдавали предпочтение эстетике употребления

пищи, причем высококалорийной пищи. В минимуме семей выбирали богатую витаминами и безопасную пищу.

Каждая пятая семья применяла пищу в качестве поощрения за хорошее поведение или результаты учебы. Ребенок поощрялся либо дополнительной порцией еды, либо той едой, которая была им любима. В таких семьях также в два раза реже ребенок наказывался лишением любимой еды.

Что касается питания, то опрос показывает, что около половины студентов предпочитают питаться дома и реже питаются в кафе или столовых, в том числе в вузах. За последние четыре года все большее число студентов стали питаться в столовых, уходя от привычных домашних приемов пищи и пищевых привычек.

Студенты же, которые остались приверженцами питания дома, были выходцами из семей, где придают особое значение правильному и сбалансированному питанию.

Относительно самоограничения в питании результаты опроса заключались в том, что более половины студентов не едят горячую пищу, каждый пятый обследованный придерживается диетического питания, однако, только пятой части из них это диетическое питание ему прописал врач. Каждый третий студент стремится сэкономить на продуктах питания.

В целом студенты склонны экономить на сладком, этот ответ дали более 72% опрошенных, в половине случаев отказываются от рыбы, мяса и безалкогольных напитков, редко экономят на фруктах, соках, овощах и хлебе.

Среди ценностей опрошенных студентов актуален средний уровень отношения к здоровью. Около половины отмечают свою некомпетентность в этой сфере, особенно это относится к молодым людям.

По мнению студентов, наследственность определяет здоровье на 25%, и только 15% зависят от того, какие усилия прикладывает для своего здоровья человек. Только 10% составляющих здоровья, по мнению студентов, это экология и состояние медицины, а также прочие факторы.

Свое здоровье более половины студентов оценивают как хорошее, более четверти студентов сообщают о среднем состоянии, менее 3% говорят, что их состояние здоровья плохое.

В исследовании подчеркивается связь фактического пищевого поведения студентов с условиями пребывания в доме, в которых происходит первичная социализация человека, отношением к еде и всему остальному в жизни.

Намного выше оценка состояния здоровья у студентов, которые выросли в семьях, где придавали большое значение правильному питанию.

Разумеется, данные студенты считают, что благодаря правильному питанию в их семье, они и здоровы, а также тому, что в их семье соблюдались меры гигиены. Студенты – выходцы из данного вида семей считают, что именно наследственность и воспитание помогают им сохранять хорошую форму, и быть здоровыми. Они больше ценят здоровье и имеют выраженную установку на здоровый образ жизни.

Даже обучаясь в стенах вуза, такие студенты имеют установку на то, чтобы обед их был полноценный, а диета была не взята из интернета, а была прописана грамотным и опытным врачом – диетологом.

Результатами данного исследования стали такие выводы, как:

1. Значимые характеристики выбранной модели пищевого поведения формируются в семье, и проявляются в том, что именно выбирает студент, место питания и форму питания, а также рацион.

2. Часто экономия студентов реализуется в отказе от первых блюд, в отказе от горячей пищи в целом, и относится эта экономия к употреблению мяса и рыба, вернее, к отказу от их употребления. Редко такие ограничения предписаны врачом, в основном, это самостоятельные ограничения, приводящие к угрозе здоровью.

3. Пищевое поведение конструируется на базе общих стереотипов, включающих в себя три основных компонента:

- значение здоровья в системе личностных ценностей;

- отношение к конкретным действиям в отношении своего здоровья;
- представление о значении своей активности в сохранении и укреплении своего здоровья.

1. Налицо взаимосвязь между пищевым поведением и тревогой и депрессией – эмоциональными состояниями. Очень часто эта связь идет из семьи, где еда использовалась как инструментарий воспитания.

В работе М.А. Ливзан и Н.А. Николаева «Пищевое поведение в студенческой среде» отмечаются результаты исследования ста восьми студентов второго курса лечебного факультета ОМУ.

Результаты исследования следующие.

Синдромом абдоминальной боли страдают каждый второй респондент. Синдромом диспепсии – 36%, синдромом изжоги – 23%. Половина респондентов страдает от депрессии (по шкале Бека).

Респонденты, имеющие синдром абдоминальной боли, не употребляют овощи, фрукты, чай, кофе и хлеб, но много употребляют соли и сахара.

В статье Е.М. Альматовой и др. «Расстройства пищевого поведения у студентов Ижевской государственной медицинской академии» были представлены результаты исследования расстройства пищевого поведения у студентов разных курсов – 1, 4 и 6.

Результатом исследования стали следующие данные:

Студенты первого курса, страдающие одним из видов расстройства, составили 38%, двумя видами – 22%.

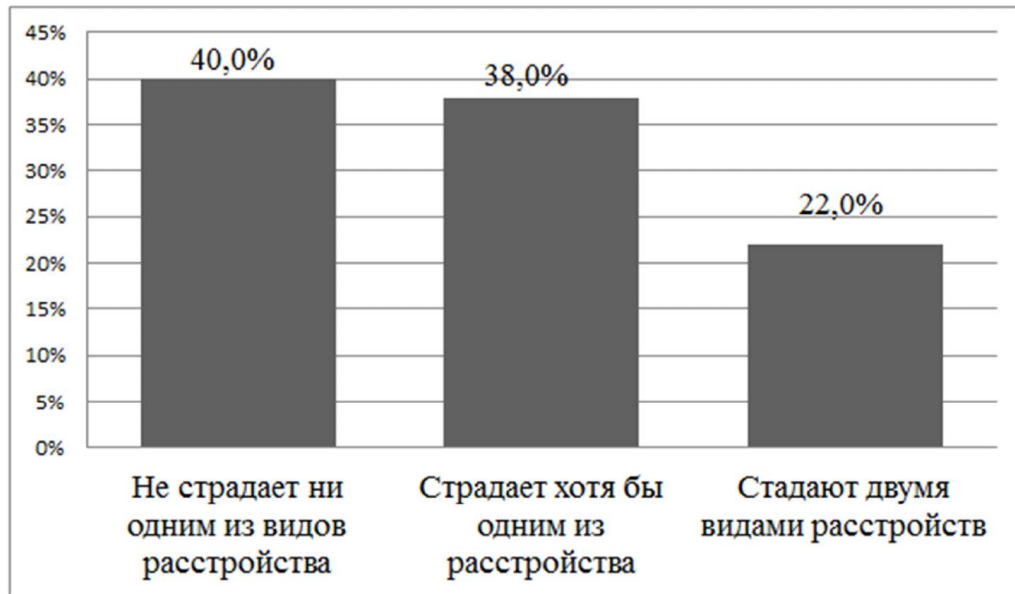


Рисунок 1 – Встречаемость расстройств пищевого поведения студентов первокурсников

Студенты 4 курса показали следующие результаты:

один вид расстройства – 34%, два вида – 14%.

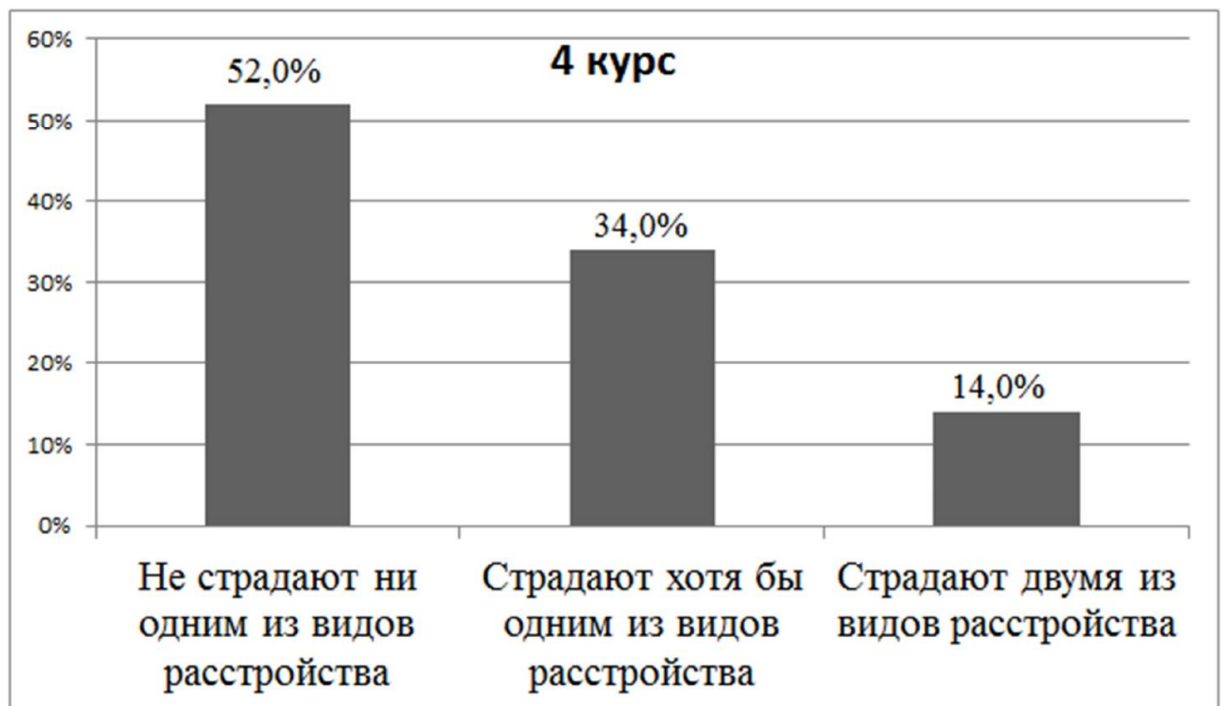


Рисунок 2 – Встречаемость расстройства пищевого поведения студентов IV курса

Среди студентов 6 курса определились такие данные:

один вид расстройства – 28,0 %, два вида расстройства – 15,0%.

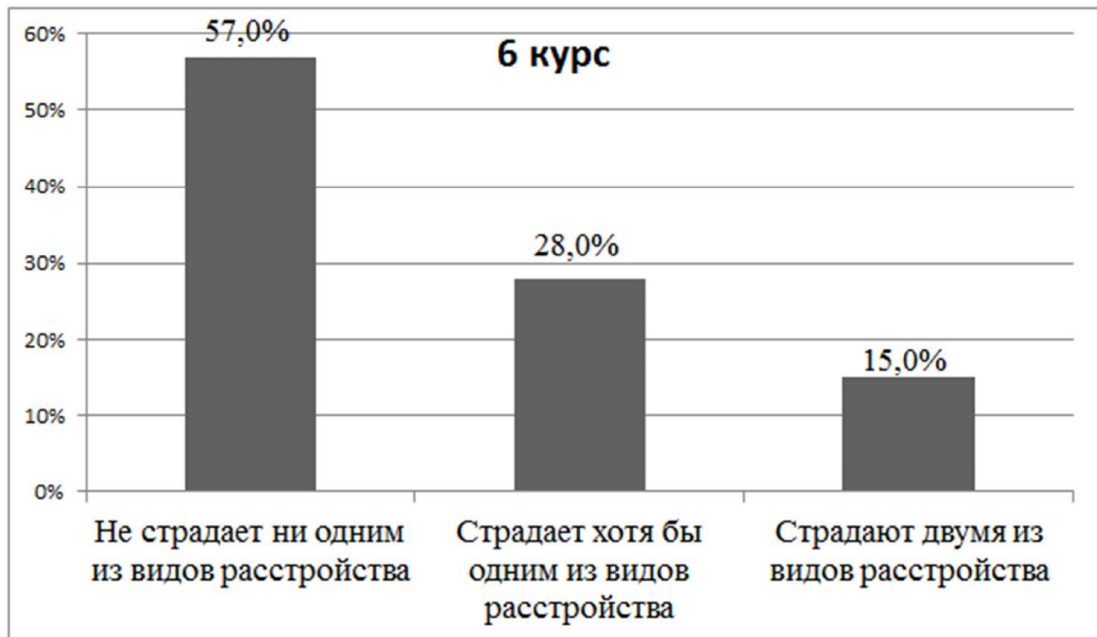


Рисунок 3 – Встречаемость расстройства пищевого поведения среди студентов 6 курса

Таким образом, расстройство пищевого поведения в большей мере характерно для студентов первого курса, затем оно имеет тенденцию к снижению, наиболее низкие результаты показывают студенты шестого курса. Это может быть связано с тем, что к шестому курсу студенты адаптируются к новым для себя условиям (Альматова Е.М., Гурьева С.Г., Толмачев Д.А., 2019).

Исследователи – психологи отмечают разные психологические особенности пищевого поведения, вернее, его выраженность. Среди них отмечается:

- снятие напряжения;
- наслаждение приемом пищи;
- общение, если человек принимает пищу в коллективе;

- соблюдение ритуалов, сопряженных с приемом пищи, в частности, это могут быть религиозные, семейные, национальные и пр. стереотипные паттерны;
- компенсирование отсутствия внимания и любви;
- награда;
- эстетика.

Исследователи отмечают довольно много разнообразных классификация пищевого поведения людей. В общем, определяют три основных типа, к которым относятся эмоциогенный, ограничительный, экстернальный.

Эмоциогенный тип связан с избыточной психологической реакцией на стресс. Стимулом к тому, чтобы поесть, выступает эмоциональная проблема, некий эмоциональный дискомфорт. Наличие эмоционального дискомфорта приводит к тому, что человек банально переедает, или, говоря иными словами, заедает психологическую проблему. Другой вариант пищевого отклонения – бессистемные диеты, бесконечные самоограничения в еде, которые меняются затем на периоды избыточного употребления пищи.

Экстернальный тип пищевого поведения отмечается высокой реакцией на внешние стимулы, это может быть стол с едой, реклама пищи, вид человека, который ест.

В 2017 году традиционная классификация пищевого поведения была дополнена и пересмотрена Е.Н. Леоновой. В соответствии с ее мнением, все представленные типы пищевого поведения можно дополнить половозрастными, психологическими и социально-психологическими особенностями. Исследователь дополнила виды пищевого поведения следующими – интернальным, экстернальным, неустойчивым, ограничительным, эмоционально-ограничительным, эмоциогенно-экстернальным (Михайлова А.П., 2018).

Таким образом, пищевое поведение включает в себя способ питания, частоту приема пищи, скорость приема пищи, время приема пищи,

приоритетность употребления определенной пищи, причину приема пищи, субъективное отношение к индивидуальному питанию и т.д. Под пищевым поведением понимают отношение человека к приему пищи, диетические стереотипы человека, при этом важно различать питание в нормальных условиях и питание в стрессовых ситуациях. То, как человек относится к своему телу, как он видит свой собственный образ – это и есть закономерности пищевого поведения человека.

Как было отмечено в работе, значимость приемов пищи для человека первична. Пища – это то, чем мы живем, именно питанию мы обязаны поддержанием гомеостаза. Пищевое поведение несет к себе определенную часть психосоциальных функций. Это удовольствие, функция общения, функция расслабления, самоутверждение, компенсация, награды и пр.

1.2. Расстройства пищевого поведения в клинической психологии

На сегодняшний день значимость питания, выступающего механизмом активного действия на все системы организма людей, считается доказанным фактом.

Серьезное значение в проблеме урегулирования питания, отношения к правильному питанию, имеет пищевое поведение (ПП). В понятие пищевого поведения входит ценностное отношение к питанию, к числу приемов пищи, понимание образа своего тела, а также действия, которые приводят к желаемому образу.

В наши дни расстройства пищевого поведения по-прежнему являются социальным фактом и отражением определенных характеристик нашего нынешнего образа жизни. Недавние исследования подтверждают положительный вклад методов осознанности, связанных с различными клиническими проблемами этих расстройств. Осознание того, как функционирует наш разум и его влияние на наши эмоции, поведение и убеждения, может открыть новое пространство для улучшения когнитивной

и эмоциональной саморегуляции. Этот факт не только влияет на человека, но и может помочь нам еще больше осознать свою роль в обществе.

В нашем обществе относительно легко найти сообщения об идеале красоты, о том, каким должно быть идеальное тело, прототипах, которые связаны с ключами к успеху и триумфу. Худощавость связана с замечательной способностью к самоконтролю, из которой следует, что, если вы не являетесь таковым, то это потому, что вы не хотите этого.

По мнению таких авторов, как Рассел (1997), социальные стереотипы, связанные с культом худобы, могут повлиять на то, что женщины начинают чувствовать неудовлетворенность своим весом в определенный момент своей жизни. Эта неудовлетворенность, хотя и не всегда приводит к расстройству пищевого поведения, может привести к чувству неудовлетворенности собственным телом и постоянной озабоченности едой, что приводит к неадаптивным формам самоконтроля веса. Кроме того, к очевидной стигматизации ожирения в нашем обществе следует добавить культ худобы. Чудодейственные диеты по-прежнему широко пропагандируются, несмотря на то, что различные исследования показывают незначительный эффект от них, когда дело доходит до похудения.

Пищевое поведение – это, в том числе, привычки индивидуумов, эмоции, психологические установки в отношении приема пищи. Прием пищи, еда, количество приемов пищи, качество принимаемой пищи – это важные, основополагающие характеристики жизнедеятельности любого человека, ведь, без питания человек не сможет жить. Питание – это основа основ, базис нашей жизни. Однако то, как мы питаемся, чем питаемся, сколько раз питаемся, в какие часы нам привычно питаться, зависит от того, в какой семье мы выросли, какие традиции впитали (пересмотрели ли их с возрастом или приняли как свои), от общества, которое нас окружает, от приверженности к какой-либо вере (либо ее отсутствия), от советов друзей и

врачей, от проявлений моды, от состояния экономики страны, в которой мы живем, и от других разнообразных факторов.

С физиологической точки зрения пищевое поведение можно представить как сложную реакцию на внешние и внутренние факторы, целью которых является сохранение энергетического баланса организма, сохранение здоровья человека в целом.

В международной классификации болезней (МКБ-11) описаны следующие виды расстройств употребления пищи:

- нервная анорексия;
- нервная булимия;
- нарушение пищевого поведения;
- избегающе-ограничительные расстройства приема пищи;
- извращенный аппетит.

Нервная анорексия – это сознательное снижение своего веса, употребление сверхмалого количества пищи, вследствие чего пациент имеет низкий индекс массы тела.

Нервная булимия – употребление человеком пищи в чрезмерных количествах, после чего вызывается рвота или принимаются слабительные.

Симптомы расстройства пищевого поведения можно разделить на эмоционально-поведенческие и физиологические. В первой группе выделяют повышенную тревожность, раздражительность, перепады настроения, навязчивое беспокойство о своем весе, частые взвешивания, недовольство внешностью. Постоянные мысли о еде, калориях и тренировках. Наличие острого чувства вины после еды, самобичевание при помощи изнурительных тренировок. Появление особых ритуалов, связанных с едой (разделение еды в тарелке на ингредиенты, чрезмерно тщательное пережевывание).

Неспособность контролировать свой аппетит, попытки ограничивать свое поведение при помощи строгих диет, таймеров.

К физиологическим проявлениям можно отнести сухость и желтизна кожи, ломкость волос и ногтей, истончение и быстрое изменение цвета зубной эмали. Постоянная слабость, вялость, быстрая утомляемость. Скачки артериального давления и пульса (чаще в сторону понижения). Покраснение глаз из-за лопнувших капиллярных сосудов. Постоянное чувство холода, стабильно низкая температура конечностей. Частые запоры и диарея, изжога, боли и дискомфорт в животе. Снижение либидо, нарушения менструального цикла, импотенция. Бессонница или повышенная сонливость, неглубокий сон с кошмарами.

Если говорить о симптомах того или иного типа РПП, то при нервной анорексии, например, выделяют основные три признака:

1. Аномально низкая масса тела
2. Аменорея
3. Дисморфофобия, при которой снижается критика к весу, преобладает такой защитный механизм как отрицание, самооценка пациента зависит от массы тела, наличие постоянных мыслей о еде.

Нервной булимии характерны:

1. Переедание
2. Различные способы снизить массу тела: вызывание рвоты, прием слабительных, чрезмерные физические нагрузки, голодание
3. Зависимость самооценки от веса тела.

Помимо основных симптомов расстройства пищевого поведения вызывают различные осложнения. Могут возникнуть проблемы на лице: и акне, и сухость кожи. Страдают зубы, от кариеса до потери зубов.

Нарушается стул, у пациента возможны запоры, либо наоборот диарея. Присутствуют отеки из-за задержки воды в тканях. Сердечная недостаточность, почечная недостаточность, атрофия центральной нервной системы, остеопороз.

Пищевое поведение интересует, в том числе, и психологию. Здесь идет речь о том, что питание может быть определенным образом связано с нашими эмоциями и чувствами. Сам акт приема пищи, являясь самым древним физиологическим актом, сопряжен с чувством насыщения, с получением ощущения удовлетворения. Человек через пищу может проявлять свою любовь или ненависть, ярость или стыд. Разумеется, что прием пищи с самого детства для человека крайне значим, ибо сопряжен с самой жизнью, не будет питания – человек не сможет выжить (Михайлова А.П., 2018).

Исследователи отмечают, что причинами расстройства пищевого поведения могут быть, как физиологические причины, так и социальные причины. Физиологические причины – это нарушение метаболизма. Социальные причины – воздействие общества на ценности и нормы каждого конкретного его члена. Обществом диктуется конкретный стиль поведения, полные люди ассоциируются с ленью, с непривлекательностью, доходит до того, что полные люди ассоциируются с некомпетентностью. Это, безусловно, говорит о том, что в обществе искривлено понимание, и те паттерны, которое оно диктует, ущербны и требуют коррекции.

А «ведется» человек на требования общества по той причине, что последнее вынуждает его обращать внимание на внешность, причем больше, чем она этого заслуживает. Между тем, все же есть определенная связь между расстройством приема пищи и психологическими особенностями человека, ведь далеко не каждый человек будет иметь симптомы

расстройства пищевого поведения, хотя многие заботятся о своем внешнем виде (Альматова Е.М., Гурьева С.Г., Толмачев Д.А., 2019).

Люди, имеющие определенного рода неудовлетворенность образом своего тела, достаточно часто прибегают к ограничениям в отношении своего пищевого поведения. К этому ведут постоянные диеты, которые человек придумывает себе самостоятельно, без контроля и консультации врача. В результате проведения бесконтрольных диет у человек появляется диетическая депрессия, которая приводит к еще большим психологическим нарушениям, как в психической, так и в вегетативной сферах.

Пищевая депрессия была впервые описана в 1953 году американским психиатром Альбертом Дж. Станкардом. Исследователи объединили ряд специфических эмоциональных ощущений, возникающих в контексте диетотерапии. Возникновение пищевой депрессии может привести к раздражительности, быстрой утомляемости, внутреннему напряжению, а может привести к враждебности, агрессии и т. д.

Нарушения пищевого поведения ведут к серьезным нарушениям здоровья в целом. Однако, обращая внимание на данный физиологический феномен, нужно исследовать и имеющиеся нарушения церебральных систем, которые регулируют приемы пищи. К социально-психологическим факторам можно отнести и то окружение, которое имеет человек, например, родительскую семью, друзей, стереотипы, которые были приняты в семье или в ближайшем социальном окружении, состав принимаемой пищи, количество принимаемой пищи, качество, часы приема пищи. Так, например, в определенных религиях в конкретные периоды можно начинать принимать пищу исключительно после заката солнца, что по всем канонам диетологии является жестким нарушением принципов сбалансированного питания. Дополнительным фактором выступает отношение к полноте, либо, напротив,

к худобе тела человека. Важны и такие критерии, как стрессоустойчивость, склонность к тревоге, неуверенность в себе и пр.

По мнению Б. Ю. Приленского, люди, которые имеют проблемы с пищевым поведением, очень часто имеют основы для этого в родительской семье. Именно принципы питания, заложенные в семье родительской, и выступают базой для формирования того или иного нарушения пищевого поведения человека во взрослой жизни. Эти стереотипы называют скриптами, участвующими в формировании схемы зависимого пищевого поведения.

Очень важна роль и значение средств массовой информации, которые занимаются тем, что год от года пропагандируют избыточную, болезненную худобу, что приводит к невротизации девушек и женщин, как групп, наиболее подверженных проблемам с приемами пищи. Особенно уязвимой группой выступают молодые девушки, т.к. внешняя привлекательность для них является гарантом удачного супружества.

1.3. Перфекционизм и расстройства пищевого поведения

Перфекционизм является именно тем качеством, которое наиболее тесно связано с риском. Данный термин означает стремление предъявлять к себе высокие требования и следовать самым высоким стандартам. (Н.Гаранян, А.Холмогорова, Т.Юдеева)

По мнению Д. Хамачека, следует различать невротический и здоровый перфекционизм. Исследователь описывает два основополагающих вида семейного окружения, в которых и формируется невротический перфекционизм:

1. Отсутствие похвалы и регулярная критика. Человек вынужден постоянно доказывать, что он может все, прилагая к этому избыточные для нормального человека усилия;

2. Наличие условного одобрения. Человек вынужден стремиться исключительно к хорошему выполнению своей работы, ибо только такое ее выполнение и может сделать его ценным для семьи.

Автор отметил, что людям, выросшим в данных семьях, можно рекомендовать:

1. Найти период времени, с которого начинает формироваться деструктивное (в данном случае перфекционистское) поведение;
2. Сконцентрироваться только на двух значимых областях и дать себе разрешение не быть совершенным во всем;
3. Проводить контроль над достигаемостью и разумностью целей;

В конце прошлого столетия изучение перфекционизма развивалось в таких направлениях:

1. Анализ данного явления, его структура, вид, параметры;
2. Операционализация понятия, инструментарий для измерения его;
3. Анализ связи перфекционизма с психопатологическими нарушениями;

Изначально данное понятие (80-е годы XX в.) было связано с высокими стандартами для себя, а также с невозможностью испытать удовлетворенность от чего бы то ни было. Исследователи отмечали особенности перфекционистского мышления – все или ничего, либо полное соответствие высоким стандартам, либо полный, непререкаемый крах. Особенностью перфекционизма было и то, что человек постоянно заикливался на своих ошибках, как прошлых, так и настоящих. Перфекционисты склонны также к тому, чтобы обобщать стандарты в любых сферах их деятельности.

В 90-е годы XX в. знания об организации перфекционизма существенно расширились. Исследователи определили круг факторов, которые обуславливали возникновение перфекционизма:

- избыточная озабоченность вероятными ошибками;
- высокие личностные стандарты;
- высокие родительские ожидания;
- присутствие родительского критицизма;
- постоянные сомнения в своих действиях.

Когнитивная психотерапия использует достаточное количество методов, которые дают возможность изменить отношение перфекционистов к окружающей их реальности, и, как следствие, изменить и поведение.

Общество крайне негативно действует на наше развитие в плане освобождения человека от перфекционистских мыслей. Высокая требовательность к людям и к себе определяется через высокую нравственность, совесть, честность, принципиальность и пр. положительные с точки зрения общества черты.

Последствия перфекционистского мышления выражаются в снижении эмоционального состояния, в частности, присутствии недовольства собой, тоске, тревоге, которая постоянно сопровождает человека, страдающего перфекционистским мышлением, стыд и вина – это тоже неизбежные спутники перфекциониста.

Другим вариантом развития событий является избегание деятельности, когда из-за того, что человек предполагает ошибку или неудачу, он просто перестает что-либо делать.

Перфекционизм влияет и на межличностные контакты. Сюда относятся разного рода конфликты, разрывы из-за того, что от других людей требуется невозможное для них. Зависть, недостаток близких и доверительных

отношений. Большой удачей здесь является партнер – перфекционист, который находится в том же самом состоянии, высокий уровень общения, уважение в таких отношениях – идеал.

В целом, перфекционизм можно назвать болезнью нашего времени, т.к. общество на первый план ставит успех, процветание, высокие достижения, это особенности западного типа мышления, рационального и логического по своей сути. Негативную роль играют и средства массовой информации, которые утрируют необходимость соответствия, особенно это относится к соответствию некоему физическому идеальному образу.

Работая с перфекционистами, психологу нужно помочь осознать человеку, насколько дисфункциональны были его культурные и семейные ценности, позволить ему сделать свой выбор, определить исключительно свои жизненные ценности.

Психолог должен позволить клиенту нормализовать несовершенство. Его задача состоит в том, что ошибки и промахи клиента можно простить, что человек склонен делать ошибки, и что это абсолютно нормально и естественно.

Затем формулируют новые, альтернативные убеждения, работа ведется вместе с клиентом, клиент осмысливает свои убеждения и их последствия.

В дальнейшем нужно закрепить результат, применяя новые убеждения в действии.

Нарушения пищевого поведения в клинической практике предполагают учет особенностей личности клиента. Особенности личности заключаются в том, что клиенты склонны к длительным непреходящим стрессовым состояниям, склонности к тревожным реакциям и пр. проблемным состояниям. Среди одних их отмечаемых в данном ключе проблем выступает перфекционизм, именно он является одним из главных психологических

характеристик клиентов, которые страдают от нарушений пищевого поведения.

Перфекционизм выступает убежденностью человека в том, что его цель – это постоянное совершенствование, другие люди тоже должны совершенствоваться постоянно. Люди, которые имеют высокие показатели по шкале перфекционизма, устанавливают очень высокие стандарты для своего поведения, ставят перед собой сложные цели, и определяют свою значимость только через них.

Перфекционизм в этом ключе выступает совокупностью интегрированных моделей, включающих в себя высокие личные стандарты, когнитивные и межличностные параметры, в частности, речь идет об ошибках, о постоянных сомнениях в своих действиях, о родительских жестких ожиданиях и пр.

Именно перфекционизм виноват в возникновении нервной анорексии и булимии. Здесь речь идет о неудовлетворенности своей фигурой, эмоциогенном пищевом поведении, переедании, ожирении. Здесь можно говорить о так называемой модели двойного пути, объясняющей связь нарушений удовлетворенности образом тела, и переедания.

При разных типах нарушений пищевого поведения отсутствие удовлетворения от образа своего тела может быть рассмотрено как переменная между перфекционизмом и разными типами расстройств пищевого поведения, особенно, речь может идти об эмоциогенном типе расстройств.

Психологическая программа снижения веса должна включать не только коррекцию нарушения пищевого поведения клиента, но также и анализ и коррекцию удовлетворенности образом своего тела, а также обязательность анализа и коррекции перфекционистского мышления клиента.

Только в комплексе можно получить максимальный и достаточно устойчивый результат работы.

1.4. Саморегуляция и расстройства пищевого поведения

Тема здорового образа жизни всегда была, есть и будет актуальной в любое время. На сегодняшний день отмечается резкий спад уровня жизни, что влияет на здоровье населения. Одной из причин этого является безответственное отношение к своему здоровью и здоровью окружающих людей. В целом падает уровень культуры здоровья. Помимо этого замечено, что у молодежи отсутствует желание учиться навыкам саморегуляции, они перестают уделять время саморазвитию, стирается понимание термина «здоровый образ жизни». С.А. Купцова в своей статье описывает систему, одним из компонентов которой является психическая саморегуляция, которая способна повысить уровень культуры здоровья населения (Купцова С.А., 2018).

В средневековье термин «здоровье» означал гармонию, человек следил за своим здоровьем, поддерживал внутренние силы, развивался и постоянно совершенствовался. Согласно ВОЗ, здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических недостатков (Устав ВОЗ, 1946 г.)

Выделяют такие компоненты отношения к здоровью как поведенческий, когнитивный, эмоциональный, мотивационный. Культура здоровья – система знаний о здоровье и здоровом образе жизни, ценностное отношение к своему здоровью и здоровью окружающих, сбережение своего здоровья как использование принципов активной стабилизации здоровья (Митяева А.М., 2008, с.192).

Образование в этой области поможет сформировать точное понимание о «культуре здоровья», сможет привить ценности, изменить ход мышления и обучить определенным навыкам. Однако большое влияние на сознание

молодежи оказывают средства массовой информации, формируя некие стереотипы, которые, как правило, не имеют никакого отношения к здоровому образу жизни.

Существуют определенные факторы, влияющие на понятие «здоровье», к ним относят не только медицинские обследования, но также и режим питания, физическая активность, режим дня.

Психическая саморегуляция, как мы уже знаем, относится к компонентам культуры здоровья. Благодаря ей мы можем управлять своей деятельностью и своим психическим состоянием, используя слова и образы. Наши эмоции и чувства также воздействуют на нас, тем самым мы готовим себя для совершения наших действий к достижению наших целей.

Важно отметить, что результат психической саморегуляции может быть не только отсроченным (развитие организованности, волевых качеств), но и ближайшим, например, концентрация внимания в определенное время, изменение настроения.

Попробуем рассмотреть саморегуляцию в качестве компетенции функционального состояния. Управляя своей функциональной системой, мы перестраиваем систему регуляции деятельности, что позволяет нам успешнее выполнять свою работу. Следовательно, этот навык поддержания функциональных систем минимизирует наши неудачи в работе и ресурсы, которые мы затрачиваем на выполнение нашей деятельности. Умение отслеживать состояние функциональных систем способствует успеху в профессиональной деятельности.

Довольно большое внимание сейчас уделяется профессиональной успешности. Это связано, скорее всего, с такими навыками как планирование и организация деятельности. В статье А.С. Кузнецовой «Психическая саморегуляция функционального состояния и профессиональная успешность» анализируется взаимосвязь саморегуляции с критерием

профессиональной успешности. Анализ выявил объективные и субъективные условия труда. К объективным можно отнести содержание работы и сами организационные условия конкретной деятельности. Субъективные включают в себя отношение человека к этим условиям и его понимание ситуации, немало важен и уровень стрессоустойчивости. Для того чтобы эффективно функционировать необходимы: профессиональная успешность, удовлетворенность своей работой и отсутствие отклонений в профессионально-личностной сфере. И наоборот, признаками нарушения саморегуляции служат: профессиональная неуспешность, неудовлетворенность работой, профессионально-личностные изменения и хронические состояния (А.С.Кузнецова, 2019).

Что же означает психическая саморегуляция? Психической саморегуляцией следует называть такое целенаправленное действие, которое совершает индивид по отношению к себе, регулируя свою психическую деятельность.

В структуру психической саморегуляции входят: цель, условия, план действий, показатель успешности, контроль, оценка результатов и коррекция. Психическая саморегуляция может не всегда быть осознанной и произвольной, она также может быть неосознанной и непроизвольной или только частично осознаваться. Развивая данную саморегуляцию, мы формируем уже определенный стиль саморегуляции.

Приемы саморегуляции делятся на вербальные и невербальные. Самоанализ, самовнушение, самоубеждение – это все вербальные приемы, а невербальные – это физическая активность, переключение внимания, визуализация. Оба приема применяются в совокупности для улучшения эффективности. В медицине уже много веков используются такие методики саморегуляции как аутогенная тренировка Шульца и релаксация Джекобсона (С.Л.Соловьева, 2020).

В ходе социально-психологического тренинга используется метод саморегуляции, который заключается в повышении уверенности в себе. Идет работа над позитивным отношением к своим умениям и навыкам, над верой в свои силы, поднятием самооценки.

С.А. Купцова отмечает, чтобы развить саморегуляцию, необходима комплексная работа, в которую входит: психодиагностика, психопрофилактика и психорегуляция. То есть, сначала собирают информацию о психологических особенностях, затем повышают устойчивость к воздействию факторов, и в конце уже улучшают определенные качества и оптимизируют психическое состояние. В качестве этапов мероприятий выделяют: установление контакта, определение задачи, разработка, согласование и реализация программ, оценка результатов и завершение работы (Купцова С.А., 2018).

В статье: «Осознанная саморегуляция произвольной активности человека как психологический ресурс достижения целей» В.И. Моросанова (2014) раскрывает понятие «ресурс». Оно определяется в качестве метафоры, которая предполагает источники чего-либо, или же представляется в качестве необходимых нам средств. «Ресурсом» можно также назвать некий запас возможностей, который становится необходимым для решения какой-то задачи. И этот так называемый запас может быть ограниченным, то есть в любой момент он может закончиться, но, не смотря на это, имеет способность восстанавливаться.

В.И. Моросанова (2014) задается вопросом, что является психологическим ресурсом, и что к нему можно отнести? Д.Канеман раскрывает такой психический процесс как внимание и определяет его как «энергетический» ресурс, так как внимание является ограниченным, его можно расходовать, и его можно восстановить, то есть накопить «ресурс» (Канеман Д., 2006). Здесь возникает новый вопрос, можно ли

психологический ресурс также назвать метафорой или же его относят к научному понятию? Автор статьи приходит к заключению, что это зависит от задачи, которую ставит перед собой человек, причем задача должна быть конкретизирована. Задача же - это определенная цель, для достижения которой необходимы психологические средства, так называемые метаресурсы.

Инструментом осознания и использования различных вариантов решения задачи является саморегуляция, так как она мобилизует возможности человека, помогая ему организовать свою деятельность и достичь поставленной цели. Психическая саморегуляция становится важным средством достижения цели тогда, когда она осознана человеком. Ресурсами осознанной саморегуляции выступают внутренние и внешние средства достижения цели. Внутренние, то есть психологические, могут дополняться внешними. Следовательно, при растрате одного вида происходит компенсация за счет другого.

Существуют несколько видов и уровней осознанной саморегуляции. На вопрос «как действует человек» отвечает операциональный уровень, регулирующий способы достижения целей. Другой уровень, рассматриваемый автором статьи, является субъектные качества, которые как раз и определяют степень преодоления трудностей наряду с достижениями целей. Таким образом, оба уровня формируют индивидуальные стили саморегуляции в определенных видах деятельности.

Для того чтобы достижение цели было наиболее эффективным, необходимо сформированная регулятивная компетенция, то есть понимание задачи, постановка целей, планирование, контроль и оценка своих действий, адекватное отношение к критике.

Осознанная саморегуляция становится довольно очевидной в случае акцентуированного профиля. Так, автор статьи, проведя исследование,

выяснил, что эти самые индивидуально-типологические особенности закладываются еще во внутриутробной жизни в связи с появлением темперамента и акцентуаций характера. Также было выявлено, что проявление этих особенностей имеет тенденцию изменяться. При высоком развитии саморегуляции они начинают осознаваться и становятся уже психологическими ресурсами. Таким образом, наиболее ценной характеристикой человека здесь будет именно развитие осознанной саморегуляции и преодоление своих негативных черт характера, препятствующих достижению целей.

Для того чтобы развивать и повышать свой регуляторный ресурс, необходимо понимать свои возможности, четко представлять слабые и сильные стороны темперамента, приобретать новые умения и навыки. В ходе исследования было обнаружено, что при высокой степени осознанной саморегуляции человек будет больше нацелен на будущее, будет позитивно воспринимать настоящее и прошлое, а также легче справляться с препятствиями на пути к личностному росту. Таким образом, развитие саморегуляции будет способствовать и развитию личностной направленности. Будет формироваться самосознание.

Выше упоминались такие свойства «ресурса» как накапливаемость, истощаемость и распределяемость. Выяснилось, что истощаемость связана со стрессом организма, а именно тем, что осознанная саморегуляция будет способствовать преодолению острого стресса. Однако при длительном воздействии стресса будет происходить истощаемость ресурсов.

Индивидуальные компетенции человека и составляют универсальный регуляторный ресурс, который в качестве основы закладывает когнитивные способности, особенности характера и темперамента, самосознание человека, а также управление поведением и отношения с другими людьми. Таким

образом, данный метаресурс, опирающийся на опыт саморегуляции, является важнейшим продуктом планирования, постановки и достижения целей.

Типичным для юношеского возраста является рассогласование между поведением и самосознанием. Как правило, ценности уже сформированы, однако применять их в своем поведении может быть еще недоступным. Следовательно, если саморегуляция находится не на высоком уровне, то поведение будет очень зависеть от особенностей характера и определенных обстоятельств ситуации. Поэтому следует развивать осознанную саморегуляцию, но таким образом, чтобы обучение давало толчок к приобретению позитивных форм самосознания, закладывало внутренние предпосылки для реализации юношей своей субъектности.

Осознанная саморегуляция особенно важна в вопросе саморазвития. Она помогает осознанно использовать свои ресурсы для изменения себя, для «выработки характера». Знание психологии человека способствует активизации процессов саморазвития.

Таким образом, психическая саморегуляция – это такое воздействующее состояние человека, которое направлено на использование внутренних ресурсов для регуляции, то есть, наличие знаний приёмов психологического самовоздействия. Главными составляющими всех методов принято считать: само состояние индивида как объект воздействия, формирование адекватных внутренних ресурсов и активной установки для изменения этого состояния, и обучение, которое должно проходить поэтапно (Соловьева С.Л., 2009).

Исследователи часто используют термин «способность» для описания саморегуляции. Таким образом, саморегулирование относится к способности изменять поведение в соответствии со стандартами, идеалами или целями, обусловленными внутренними или общественными ожиданиями.

Способность к саморегулированию связана со значительными навыками самопомощи, позволяющими эффективно управлять мыслями, чувствами, действиями и достигать целей.

На основании теоретического анализа можно сказать, что саморегуляция описывается в западной и российской психологии как целенаправленная управляемая деятельность человека, а также способность управлять собственным психологическим и физиологическим состоянием.

Саморегуляция изучается применительно к различным аспектам жизни: управление здоровьем, благополучие, саморегулируемое обучение, профессиональная деятельность, уделяя особое внимание различным аспектам: эмоциональным, когнитивным, мотивационным, поведенческим.

На психическую регуляцию можно воздействовать двумя способами: либо извне, посредством других людей, различной техники, либо использовать саморегуляцию. Благодаря саморегуляции мы можем себя успокоить, то есть снять эмоциональное напряжение, затем восстановить и активизировать.

Одним из наиболее простых методов снятия напряжения являются дыхательные практики. Автор статьи рассматривает такой метод для управления своим внутренним ресурсом, как метод управления психофизиологической саморегуляции «Ключ» Х. Алиева (В.Н. Сочнев, И.В. Сочнева, 2011). Данный метод подразумевает автоматическое снятие стресса за счет идео-рефлекторных приемов, человек постепенно научается навыкам управления своим состоянием.

Э.Джекобсон разработал метод мышечного расслабления («прогрессивная релаксация»), благодаря которой, по его мнению, снимается эмоциональное напряжение. Наряду с данной методикой стоит аутотренинг, который восстанавливает эмоциональный баланс с помощью самовнушения и расслабления мышц.

Существуют разные способы саморегуляции, направленные на изменение сознания:

1. Отключение – заключается в том, чтобы отвлекать мозг посторонними мыслями.
2. Переключение – чтобы отвлечься от негативных мыслей, следует переключиться на какое-то полезное или любимое дело.
3. Самовнушение и визуализация – эти техники обогащают эмоциональный мир человека, улучшают навыки креативности и эмпатии.
4. Медитация – благодаря вхождению в определенное состояние человек не только стабилизирует свое психическое состояние, но и улучшает работоспособность, интеллектуальные навыки, вырабатывает силу воли.

С помощью разных способов саморегуляции можно воздействовать не только на психическое состояние, но и на познавательные, мотивационные процессы. Для того чтобы овладение этими навыками было более эффективным, следует создать определенный настрой человека к этим упражнениям, подготовить комфортную обстановку. Важно постоянно закреплять успех от предыдущих упражнений.

Таким образом, если человек умеет снимать эмоциональное напряжение, устраняет внутренние «зажимы», легко приводит свой организм в спокойное состояние, он внутренне стабилен, свободен и уверен в себе, то можно говорить, что у него развита саморегуляция.

Саморегулирование чаще всего выражается в терминах «способность» или «возможность». Это заставляет исследователей более глубоко учитывать эти термины и более подробно описывать возможности саморегулирования.

Многочисленные компоненты, уровни и модели саморегуляции показывают интерес исследователей к изучению этого сложного явления в

различных аспектах. Такие компоненты, как мотивация, стандарты (ценности, мораль), постановка целей, создание необходимых условий для достижения цели, мониторинг и самоконтроль, оценка и корректировка результатов, способность проявлять силу воли и настойчивость в достижении цели являются общими и важными.

1.5. Психологическое консультирование в сфере пищевого поведения

Нарушение пищевого поведения это психологические поведенческие синдромы, которые связаны с употреблением пищи. Это нарушение приводит к ухудшению жизни и здоровья человека.

В отличие от периодического нарушения рационального режима питания, переедания, увлечения конкретным продуктом или блюдом, кратковременной диетой, расстройства определяют высокая цикличность, неспособность контролировать себя или нежелание видеть проблему.

Расстройства пищевого поведения обычно возникают из-за нескольких причин: личностных, социальных, физиологических, эмоциональных. В основном, расстройства развиваются в совокупности сразу нескольких причин. Из-за нарушений пищевого поведения развиваются заболевания, которые могут быть опасными для жизни и могут вызвать повреждения внутренних органов. Следовательно, здесь необходимо выявить симптомы на ранних стадиях. Данную диагностику проводят сразу несколько специалистов с назначением различных лабораторных исследований. Пациента осматривает психиатр, и при необходимости направляет на консультацию к эндокринологу, кардиологу, гастроэнтерологу и другим специалистам. Одновременно с ним работает психолог и диетолог, который помогает подобрать подходящий режим питания.

Когнитивно-поведенческий метод (СВТ)

Когнитивно-поведенческая терапия – является распространенным методом, ее валидность подтвердили большое количество исследований, которые проводились во многих странах. Она соединяет в себе средства когнитивной терапии, работающей с ошибками мышления, и поведенческого метода, который позволяет человеку изменять свое поведение для решения определенной проблемы. Задача психолога заключается в том, чтобы человек научился самостоятельно выявлять свои ошибки мышления, вырабатывать новую стратегию поведения, ликвидировать беспокоящие его симптомы в повседневной жизни.

Смысл этого вида психотерапии в том, чтобы помочь клиенту понять, что с ним происходит и почему расстройство пищевого поведения составляет большую часть его жизни. Также научиться решать проблемы не с помощью блокировок и неисправностей, а с помощью других, более подходящих методов.

Основные ожидаемые психотерапевтические эффекты (вмешательства):

- Вы научитесь понимать, какие эмоции вы испытываете и почему. Без помощи еды вы научитесь справляться с ними по-другому.
- Вы изучаете дополнительные навыки, которые помогут вам преодолеть свои импульсивные побуждения, особенно когда вы испытываете негативные эмоции. Другими словами, вы научитесь меньше атаковать в сложных ситуациях.
- Вы научитесь менять свой рацион, чтобы он не вызывал расстройства пищевого поведения.
- Вы обнаружите точный источник негатива или отсутствия положительных эмоций в своей жизни (и, следовательно, переедания) и научитесь изменять этот источник.

Как проходит сессия? Терапевт всегда начинаем с изучения еженедельного дневника питания и пищевого поведения. Если были отмечены случаи переедания и рвоты, каждый такой случай становится первым предметом обсуждения.

Затем находим связь между этим случаем и тем, что произошло за несколько минут или часов до атаки. Обсуждаем чувства, возникающие в этой ситуации, во время приступа, а теперь и в обсуждении. Мы узнаем, что пострадало: самооценка или отношения, будь то чрезмерная критика по отношению к себе или незнание, как успокоиться. Узнаем, как решить эти проблемы без цикла переедания/очистки.

В конце сессии определяемся с домашним заданием на следующую неделю.

Семейная терапия

Семейная терапия разработана в британской клинике, где и показала положительные результаты лечения пациентов, которые страдают нарушениями пищевого поведения. Главным преимуществом этого метода является работа психотерапевта как собственно с пациентом, так и с его членами семьи. Задача терапии заключается в помощи пациенту и его родным выбрать подходящую линию поведения и вместе преодолеть сложные этапы лечения. Семейная терапия может проводиться как индивидуально, то есть, с каждым членом семьи по-отдельности, так и группой, групповые сеансы. Данный метод позволяет не только помочь пациенту с расстройствами, но и улучшить психологический климат в семье.

В ходе семейной терапии следует добиваться разделения членов семьи, преодоления упорных попыток опеки, навязывания взглядов и убеждений, явного или скрытого манипулирования со стороны кого-либо из них. В каждом конкретном случае возникает необходимость выбора варианта семейной терапии и ее методики, наиболее подходящих для конкретной

семьи. В вышеперечисленных случаях большую роль начинает играть квалификация психотерапевта, и круг его навыков не должен ограничиваться приверженностью к одной модели семейной терапии. (White M., 1983).

Если в семье женщины с расстройством пищевого поведения есть дети, их обычно следует включать в процесс семейного лечения. Эта необходимость зависит не только от важности профилактики этих заболеваний, но и от более высокой эффективности домашних средств для самих больных. Кроме того, в семейной терапии могут участвовать друзья семьи или даже дальние родственники, которые важны для пациента.

Обычно первую ознакомительную сессию делают с участием всех членов семьи пациентки, в дальнейшем возможна работа с парой (больная и один из родителей, родители) или триадой (больная, ее брат) или сестра и один из родителей), без привлечения кого-либо из членов семьи в процесс лечения. Следует отметить, что в sibлинговых отношениях также могут обнаруживаться стереотипы, характерные для семейных отношений (Кинной Б., 1984).

Групповая психотерапия

Данный метод заключается в прорабатывании навыков общения. Групповая терапия дает возможность человеку поговорить о своей проблеме с другими людьми, оказывает поддержку и дает понимание, что он не одинок в своих переживаниях. Это помогает пациентам справиться с нарушением восприятия собственного тела.

Помимо этого, если человек начнет получать удовольствие от занятий спортом, искусством, общения, то и лечение нарушений будет максимально эффективным.

Групповая терапия предоставляет пациентам широкий выбор различных занятий, в зависимости от их интересов и предпочтений. В нее

входит танцевально-двигательная терапия, в которой пациент сможет выразить свои страхи и переживания; арт-терапия, служащая хорошим способом успокоения души и тела; интерперсональная психотерапия, которая позволит стать более эффективным в межличностном общении; телесно-ориентированная психотерапия, избавляющая от душевных переживаний через взаимодействие с телом.

После прохождения психотерапии, человек приобретает ряд навыков, которые помогут ему в повседневной жизни. К ним можно отнести эмоциональную саморегуляцию, осознанное пищевое поведение, в которое входит ориентир на чувство голода и объективные потребности своего организма в питательных веществах. Это переживания кризисных ситуаций, так как после психотерапии значительно снижается вероятность рецидивов заболевания при сильных стрессах. И, естественно, общение – человек научится строить конструктивные, доброжелательные отношения с окружающими людьми, что сделает его жизнь более комфортной.

2. МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Объект исследования

Объектом нашего исследования являются личностные особенности студентов первого курса ПСПБГМУ им. академика Павлова.

2.2. Предмет исследования

Предметом исследования являются стили саморегуляции личности, характеристики перфекционизма в особенностях типов пищевого поведения студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей (19-24), с ИМТ ниже нормы (<19) и пациентов с диагнозом «нервная анорексия».

2.3. Описание выборки

В исследовании приняли участие студенты первого курса ПСПБГМУ им. академика Павлова. Всего в исследовании участвовало 89 человек, из них 46 (51,6 %) студенты с ИМТ в рамках нормативных показателей и 43 (48,4 %) с ИМТ ниже нормы.

Также исследование проводилось в городском центре охраны репродуктивного здоровья подростков «ЮВЕНТА». Отбор пациентов, принимающих участие в исследовании, проводился по критерию наличия утвержденного диагноза «нервная анорексия» (F50.0 по диагностическим критериям МКБ-11). Группа состояла из 55 человек женского пола.

Участники исследования в возрасте от 14 до 20 лет (средний возраст участников исследования 17 лет).

2.4. Гипотеза исследования

В результате проведенного анализа литературных источников была сформулирована следующая **гипотеза исследования**: перфекционизм и саморегуляция взаимосвязаны с особенностями пищевого поведения

студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей, с ИМТ ниже нормы и пациентов с диагнозом «нервная анорексия».

2.5. Цель и задачи исследования

Цель исследования: проанализировать взаимосвязь саморегуляции и перфекционизма с особенностями пищевого поведения студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей, с ИМТ ниже нормы и пациентов с нервной анорексией.

Задачи исследования:

1. Исследовать группу студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей: показатели саморегуляции, характеристики перфекционизма, типы пищевого поведения и особенности эмоциональной сферы.
2. Исследовать группу студентов с низким ИМТ: показатели саморегуляции, характеристики перфекционизма, типы пищевого поведения и особенности эмоциональной сферы.
3. Исследовать группу пациентов с диагнозом «нервная анорексия»: показатели саморегуляции, характеристики перфекционизма, типы пищевого поведения и особенности эмоциональной сферы.
4. Провести сравнительный анализ показателей саморегуляции, характеристик перфекционизма и особенностей пищевого поведения студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей, с ИМТ ниже нормы и пациентов с нервной анорексией.
5. Изучить взаимосвязь показателей саморегуляции, характеристик перфекционизма с особенностями пищевого поведения в группе студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей.
6. Изучить взаимосвязь показателей саморегуляции, характеристик перфекционизма с особенностями пищевого поведения в группе студентов с ИМТ ниже нормы.

7. Изучить взаимосвязь показателей саморегуляции, характеристик перфекционизма с особенностями пищевого поведения в группе пациентов с диагнозом «нервная анорексия».

2.6. Методы исследования

В нашем исследовании были использованы следующие методики:

1. Биографический опросник.

В соответствии с целями и задачами нашего исследования были использованы авторские вопросы, актуальные для текущей ситуации участников нашего исследования. Анкета включала следующие компоненты: социально-биографический статус, семейное положение и профессиональные компоненты участников исследования. Блоки вопросов охватывают отношение к своему телу, склонность к полноте, генетические факторы.

2. Методика «Голландский опросник пищевого поведения» (DEBQ) для оценки расстройств пищевого поведения. Метод был создан в 1986 году голландскими психологами факультета питания человека и факультета социальной психологии Сельскохозяйственного университета (Нидерланды) для выявления ограничительного, эмоционального и экстернального пищевого поведения. Целью этого метода является получение простого и надежного инструмента для качественной и количественной оценки расстройств пищевого поведения, связанных с компульсивным перееданием и связанных с ожирением. При создании опросника использовались три теории компульсивного переедания, каждая из которых нашла свое отражение в диагнозе на соответствующий тип пищевого поведения: эмоциогенного, экстернального и ограничительного.

3. Методика «Стиль саморегуляции поведения» для оценки развития индивидуальной саморегуляции. Опросник «Стили саморегуляции

поведения» (ССПМ) создан в 1988 г. Лабораторией психологии саморегуляции им. В. И. Моросановой Института психологии Российской академии педагогики. Это не только метод научных исследований, но и практический инструмент диагностики различных аспектов саморегуляции личности. Утверждения анкеты основаны на ситуациях повседневной жизни, но не связаны с конкретными обстоятельствами какой-либо профессиональной или учебной деятельности. Цель методики – это диагностика развития индивидуальной саморегуляции и ее индивидуального профиля, включающего показатели планирования, моделирования, программирования, оценки результатов, а также показатели развития регуляторно-личностных свойств – гибкости и самостоятельности.

В методике представлены несколько типичных профилей:

1. Профиль с высокими показателями по шкалам планирование и программирование и низкими по «моделирование» и «оценка результатов». Такой профиль довольно часто встречается у тревожных людей с астеническим и эмоционально-возбудимым типами акцентуации.
2. Высокие показатели по моделированию и оценке результатов и низкие по планированию и программированию. Это оптимистичные и уверенные в себе люди с хорошим уровнем адаптивности, но при этом непостоянность в деятельности.
3. Высокие показатели моделирования и программирования и низкие по планированию и оценке результатов. Здесь встречаются как акцентуированные, так и гармоничные типы личности. Такие люди склонны избегать трудности, им важно наличие внешней опоры, наличие способности быстро включаться в деятельность.
4. Высокие показатели по моделированию, программированию и оценке результатов, но низкие по планированию. Хорошая социальная адаптивность при плохой осознанности своих целей.

5. Высокий показатель по моделированию, остальные на среднем уровне. Легко переключаются с разных видов деятельности, энергичны, стремятся к лидерству.
6. и 7. Высокий показатель по программированию, высокий или средний по планированию, низкий по моделированию и средний по оценке результатов. Такие люди хорошо обдумывают свои действия, имеют высокий уровень самоконтроля, но они достаточно инертны.

4. «Пятифакторный личностный опросник» (Р. МакКрае, П. Коста)

Пятифакторный личностный опросник или тест Большая пятерка (Big five), разработан американскими психологами Р. МакКрае и П. Коста в 1983-1985 гг.

Анкета состоит из 75 парных и противоположных стимульных утверждений, описывающих поведение человека. Стимульный материал имеет пятибалльную оценочную шкалу (-2; -1; 0; 1; 2) для диагностики степени выраженности каждого из пяти факторов:

- экстраверсия – интроверсия;
- привязанность – обособленность;
- самоконтроль – импульсивность;
- эмоциональная неустойчивость – эмоциональная устойчивость;
- экспрессивность – практичность.

5. Опросник перфекционизма Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорвой

Опросник перфекционизма разработан Н.Т. Гаранян и А.В.Холмогоровой. Опросник состоит из 29 утверждений, которые распределены по пяти шкалам:

1. восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими);
2. завышенные притязания и требования к себе;

3. высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных»;
4. селектирование информации о собственных неудачах и ошибках;
5. поляризованное мышление - «все или ничего».

Опросник перфекционизма — информативный и надежный психодиагностический инструмент, позволяющий разработать план психологической работы для пациентов.

6. Hads

Шкала была разработана Zigmond A.S. и Snaitth R.P. в 1983 г. с целью выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги. К «плюсам» шкалы можно отнести простоту использования и обращения (заполнение не занимает много времени и не вызывает затруднений у пациента). Поэтому рекомендуется для первичного выявления тревоги и депрессии у больных в общесоматической практике. Опросник имеет высокую дискриминантную валидность в отношении двух расстройств: тревоги и депрессии.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии содержит 14 пунктов, каждому из которых соответствует 4 варианта ответов, которые отражают степень нарастания симптоматики.

Математические методы обработки

Описательные статистики (средние и стандартные отклонения), построение таблиц сопряженности. Сравнительный анализ по Стьюденту. Корреляционный анализ по критерию Спирмена.

3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

3.1. Индивидуально-психологические характеристики участников исследования

Таблица 1

Самооценка активности и настроения

Показатель инд.-псих. Характеристики		Студенты с ИМТ в рамках нормативных показателей	Студенты с низким ИМТ	Пациенты с нервной анорексией
		N = 46	N = 43	N = 55
Настроение				
	на среднем уровне	70% (31)	64% (28)	42% (23)
	лучше, чем у других	20% (9)	13% (5)	27% (15)
	хуже, чем у других	10% (6)	23% (10)	30% (17)
Активность (жизненный тонус)				
	ниже, чем у других	17% (8)	23% (10)	40% (22)
	на среднем уровне	64% (28)	54% (23)	36% (20)
	выше, чем у других	20% (9)	23% (10)	24% (13)

В нашем исследовании приняли участие 89 студентов, из них 46 (51,6 %) студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей и 43 (48,4 %) с низким ИМТ. Участники исследования в возрасте от 17 до 20 лет (средний возраст участников исследования 18,5 года). Также в исследовании приняли участие пациенты с нервной анорексией – 55 человек, в возрасте от 14 до 20 лет (средний возраст участников исследования 17 лет).

В качестве индивидуально - психологических характеристик мы использовали следующие показатели, измеренные с помощью шкал биографического опросника: самооценка уровня жизни, здоровья, настроения, жизненного тонуса и энергии.

Согласно самооценке своего уровня жизни большинство респондентов группы студентов говорят о том, что их уровень жизни соответствует среднему уровню. Также можно заметить, что группа студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей немного лучше оценивают свой уровень жизни. Тогда как в группе студентов с низким ИМТ есть существенный процент, отмечающих «хуже, чем у других». Также данная группа несколько ниже оценивают свой уровень здоровья и сообщают, что оно периодически или даже постоянно их беспокоит.

Пациенты ниже оценивают свой уровень здоровья и сообщают, что оно периодически или даже постоянно их беспокоит. Также можно заметить, что в группе есть существенный процент, отмечающих «хуже, чем у других».

В таблице 1 отражены данные о самооценке настроения и показатели активности и жизненного тонуса.

3.1.1 Анализ особенностей пищевого поведения

Таблица 2

Распределение выборки в зависимости от массы тела по ИМТ (ВОЗ,1997)

ИМТ	Студенты с ИМТ в рамках нормативных показателей	Студенты с низким ИМТ	Пациенты с нервной анорексией	Класс массы тела
	N = 46	N = 43	N = 55	
<19	0%	100%	72% (40)	Дефицит веса
19-24	91% (42)	0%	28% (15)	Норма
24-30	9% (4)	0%	0%	Незначительный избыточный вес

Согласно показателям ИМТ в группе студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей 91% с нормой и 9% с незначительным избыточным весом. Группа студентов с низким ИМТ подобрана исключительно под дефицит веса. В группе пациентов у 72% выявлен дефицит веса.

Анализ ответов об отношении ко времени и будущему

Также в опросник были включены вопросы, касающиеся планирования будущего. Среди студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей 68% не обеспокоены будущим. У студентов с низким ИМТ и у пациентов с нервной анорексией можем заметить высокую тревогу за свое будущее (65%).

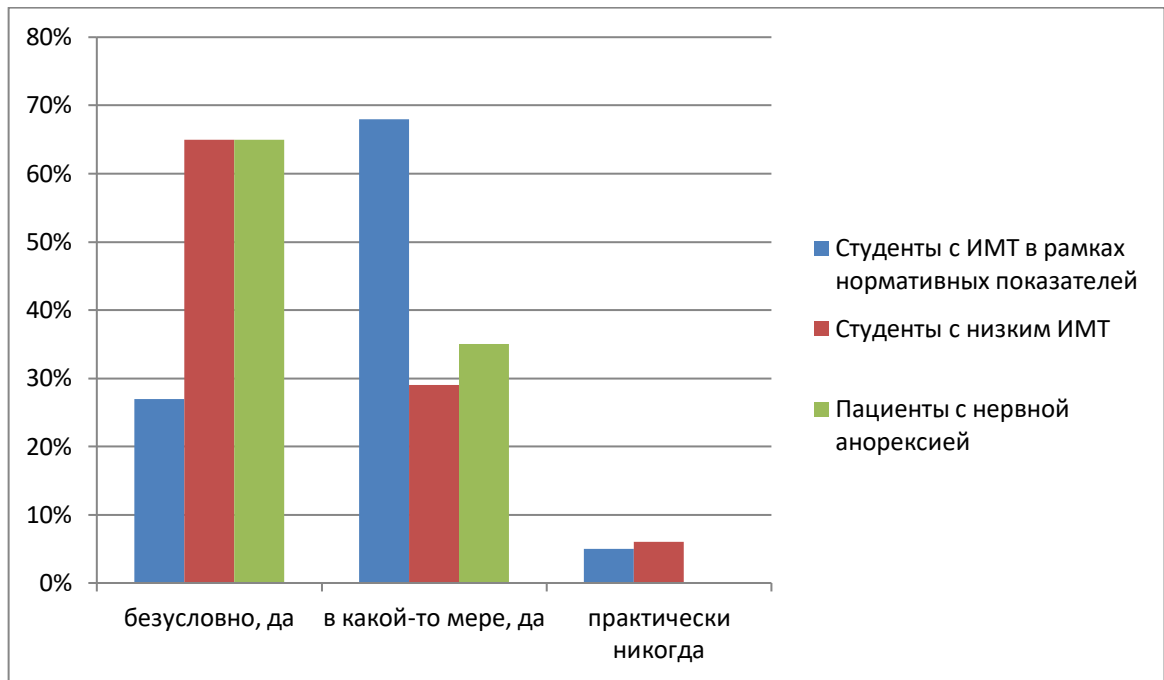


Рисунок 4. Распределение ответов на вопрос «Беспокоит ли Вас Ваше будущее?»

3.2 Анализ результатов исследования тревоги и депрессии по методике «HADS»

Таблица 3

Показатели тревоги и депрессии по методике «HADS»

Тревога	Студенты с ИМТ в рамках нормативных показателей	Студенты с низким ИМТ	Пациенты с нервной анорексией
	N = 46	N = 43	N = 55
отсутствует	50% (22)	54% (23)	9% (5)
субклинически выраженная	23% (11)	13% (5)	11% (6)
клинически выражена	27% (13)	33% (15)	80% (44)
Депрессия			
отсутствует	86% (40)	58% (25)	27% (15)
субклинически выражена	9% (4)	30% (13)	13% (7)
клинически выражена	5% (2)	12% (5)	60% (33)

В группе студентов выявлено:

Тревога: у 50% студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей тревога отсутствует, у 23% - субклинически выражена, у 27% - клинически выраженная тревога; у 54% студентов с низким ИМТ тревога отсутствует, у 13% - субклинически выражена, у 33% - клинически выраженная тревога.

Депрессия: у 86% студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей отсутствует, у 9% – субклинически выражена, у 5% - клинически выраженная; у 58% студентов с низким ИМТ тревога отсутствует, у 30% субклинически выражена, у 12% клинически выраженная депрессия.

Таким образом, можно сделать вывод, что как студенты с ИМТ в рамках нормативных показателей, так и с низким имеют высокий уровень тревоги, последние также отмечаются с серьезным депрессивным состоянием.

В группе пациентов выявлено:

Тревога: у 9% пациентов тревога отсутствует, у 11% - субклинически выражена, у 80% - клинически выраженная тревога.

Депрессия: у 27% пациентов отсутствует, у 13% субклинически выражена, у 60% клинически выраженная депрессия.

Таким образом, можно сделать вывод, что пациенты имеют высокий уровень тревоги и имеют серьезное депрессивное состояние.

3.3. Анализ результатов исследования личностных особенностей по методике «Пятифакторный личностный опросник» (Р. МакКрае, П. Коста)

Таблица 4

Шкала «Экстраверсия-интроверсия»

	Студенты с ИМТ в рамках нормативных показателей	Студенты с низким ИМТ	Пациенты с нервной анорексией
1. Экстраверсия – интроверсия	46,6	48,0	45,2
1.1. Активность – пассивность	10,8	10,8	9,8
1.2. Доминирование – подчиненность	11,0	11,0	8,4
1.3. Общительность – замкнутость	9,5	10,8	10,2
1.4. Поиск впечатлений - избегание впечатлений	9,1	8,8	8,8
1.5. Проявление - избегание чувства вины	10,5	10,5	11,8

Шкала «Экстраверсия – интроверсия» показала средние показатели у всех групп. То есть, как студенты, так и пациенты имеют признаки и экстраверсии, и интроверсии (Таблица 4).

Таблица 5

Шкала «Привязанность - обособленность»

	Студенты с ИМТ в рамках нормативных показателей	Студенты с низким ИМТ	Пациенты с нервной анорексией
2. Привязанность – обособленность	53,5	56,4	40,0
2.1. Теплота – равнодушие	11,0	11,6	7,6
2.2. Сотрудничество – соперничество	10,1	11,6	9,2
2.3. Доверчивость – подозрительность	9,1	9,1	7,2
2.4. Понимание – непонимание	11,5	11,7	8,2
2.5. Уважение других – самоуважение	11,8	12,2	9,4

По шкале «Привязанность - обособленность» показатели студентов имеют высокие баллы, что определяет позитивное отношение к людям, потребность быть рядом с другими людьми. У пациентов обнаружены низкие баллы, что говорит о том, что они предпочитают держать дистанцию, имеют обособленную позицию при взаимодействии с другими (Таблица 5).

Таблица 6

Шкала «Самоконтроль - импульсивность»

	Студенты с ИМТ в рамках нормативных показателей	Студенты с низким ИМТ	Пациенты с нервной анорексией
3. Самоконтроль – импульсивность	56,6	54,7	50,6
3.1. Аккуратность - неаккуратность (отсутствие аккуратности)	10,4	10,1	9,8
3.2. Настойчивость - отсутствие настойчивости	12,3	11,3	8,6
3.3. Ответственность - безответственность	12,4	11,7	10,8
3.4. Самоконтроль поведения - импульсивность (отсутствие самоконтроля)	11,4	10,4	9,6
3.5. Предусмотрительность – беспечность	10,3	11,0	11,8

У студентов высокий самоконтроль поведения, главным фактором которого является волевая регуляция поведения. У пациентов средние значения по шкале «самоконтроль-импульсивность» (Таблица 6).

Таблица 7

**Шкала «Эмоциональная устойчивость - эмоциональная
неустойчивость»**

	Студенты с ИМТ в рамках нормативных показателей	Студенты с низким ИМТ	Пациенты с нервной анорексией
4. Эмоциональная устойчивость - эмоциональная неустойчивость	48,1	55,7	58,2
4.1. Тревожность – беззаботность	10,5	11,6	12,0
4.2. Напряженность – расслабленность	8,8	10,2	12,0
4.3. Депрессивность - эмоциональная комфортность	10,6	11,5	11,8
4.4. Самокритика – самодостаточность	9,6	11,0	10,6
4.5 Эмоциональная лабильность - эмоциональная стабильность	8,5	11,3	11,8

Студенты с низким ИМТ и пациенты с нервной анорексией более эмоционально неустойчивые. Они неспособны контролировать свои эмоции и импульсивные влечения. Поведенчески это проявляется в безответственности, отрыве от реальности и капризности. Они с тревогой ждут неприятностей, а при неудачах легко могут впасть в отчаяние и депрессию (Таблица 7).

Шкала «Экспрессивность - практичность»

	Студенты с ИМТ в рамках нормативных показателей	Студенты с низким ИМТ	Пациенты с нервной анорексией
5. Экспрессивность - практичность	52,2	56,0	47,4
5.1. Любопытство – консерватизм	10,1	9,4	7,2
5.2. Любознательность - реалистичность	10,2	12,6	10,4
5.3. Артистичность - отсутствие артистичности	11,0	12,2	10,6
5.4. Сенситивность - нечувствительность	10,8	11,4	10,0
5.5. Пластичность – ригидность	10,0	10,3	9,2

Студенты удовлетворяют свое любопытство, проявляя интерес к различным сторонам жизни. Они легко обучаются, но недостаточно серьезно относятся к систематической научной деятельности. У пациентов выявлены средние значения по шкале «экспрессивность-практичность» (Таблица 8).

3.4. Анализ результатов исследования перфекционизма

Таблица 9

Структура перфекционизма у студентов медицинского ВУЗа

Шкалы опросника перфекционизма	Студенты с ИМТ в рамках нормативных показателей	Студенты с низким ИМТ	Пациенты с нервной анорексией
	M±SD	M±SD	M±SD
1. Восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими)	15,8±5,0	17,5±5,7	17,2±5,7
2. Завышенные притязания и требования к себе	11,5±2,9	9,7±3,8	10,8±2,5
3. Высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных»	11,1±1,2	12,5±2,8	10,0±3,6
4. Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках	3,9±3,7	7,3±3,1	8,0±2,6
5. Поляризованное мышление «все или ничего»	7,6±3,3	7,8±2,5	6,0±1,6
Общий показатель перфекционизма	62,8±11,1	71,9±18,7	63,2±15,9

M - среднее значение, SD - стандартное отклонение

Средние значения показателей перфекционизма по опроснику перфекционизма Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорвой отражены в таблице 9.

Студенты с низким ИМТ и пациенты в большей степени ощущают, что окружающие возлагают на них большие надежды, боятся не оправдать этих ожиданий, чаще сравнивают себя с другими. Студенты с ИМТ в рамках

нормативных показателей ставят перед собой более сложные цели. Для студентов с низким ИМТ характерны более высокие показатели работоспособности, тем более что они ориентированы на достижения наиболее успешных в ущерб средним способностям. У студентов с низким ИМТ отмечены заметные различия в негативных моделях мышления, проявляющиеся в склонности выбирать информацию из собственных неудач и ошибок.

3.5. Анализ результатов исследования особенностей саморегуляции

Таблица 10

Средние значения показателей саморегуляции по методике «Стиль саморегуляции поведения»

регуляторные шкалы	Студенты с ИМТ в рамках нормативных показателей	Студенты с низким ИМТ	Пациенты с нервной анорексией
	M±SD	M±SD	M±SD
Планирование	6,5±1,5	5,6±1,2	5,4±1,2
Моделирование	4,5±1,3	4,0±1,3	3,2±1,1
Программирование	4,8±1,2	5,5±1,2	4,8±1,9
Оценивание результатов	6,1±1,4	4,8±1,1	4,2±1,4
Гибкость	4,5±1,1	5,0±1,2	4,6±1,6
Самостоятельность	5,0±1,2	3,8±1,9	6,4±1,2
Общий уровень саморегуляции	24,6±3,8	24,8±3,9	24,6±3,8

Средние значения показателей саморегуляции по методике «Стиль саморегуляции поведения» отражены в таблице 10.

Общий уровень саморегуляции по группам в рамках нормативных значений. По отдельным шкалам уровень показателей средний.

Ведущими регуляторными процессами (самые высокие значения) у студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей являются

«планирование» и «оценивание результатов». Они способны выделять значимые условия достижения целей как в текущей ситуации, так и в перспективном будущем. Респонденты хорошо понимают значимость своих действий, отлично справляются с организацией деятельности. Показатели говорят также о развитости и адекватности оценки испытуемым себя и результатов своей деятельности. Однако выявились низкие показатели по шкалам «программирование» и «гибкость», то есть они хуже продумывают последовательность своих действий, что может говорить об их импульсивности, и хуже адаптируются к меняющимся условиям.

У студентов с низким ИМТ выявлены низкие показатели по шкале «самостоятельность», что говорит об их зависимости от мнений и оценок окружающих.

У пациентов с нервной анорексией ведущими регуляторными процессами является «самостоятельность», что свидетельствует об автономности в организации их активности, способности самостоятельно планировать деятельность. Были выявлены низкие показатели по таким шкалам, как «программирование», «моделирование» и «гибкость». Данные значения говорят о неумении и нежелании продумывать последовательность своих действий. Возможны трудности в определении цели и программы действий. Тяжело привыкают к переменам в жизни, к смене обстановки и образа жизни.

Таким образом, как студент, так и пациенты хуже продумывают последовательность своих действий и хуже адаптируются к меняющимся условиям. Из отличий: студенты зависимы от мнений и оценок окружающих, а пациенты испытывают трудности в определении цели и программы действий.

3.6. Анализ результатов исследования особенностей пищевого поведения

Таблица 11

Средние значения показателей по методике «Голландский опросник пищевого поведения» (DEBQ)

Шкала	Студенты с ИМТ в рамках нормативных показателей	Студенты с низким ИМТ	Пациенты с нервной анорексией
эмоциогенное пищевое поведение	1,5	2,8	3,7
экстернальное пищевое поведение	1,9	2,4	3,0
ограничительное пищевое поведение	3,4	3,2	3,3

Описательные статистики по методике «Голландский опросник пищевого поведения» (DEBQ) отражены в таблице 11.

Наиболее высокие значения у групп по шкале «Ограничительное пищевое поведение» (3,3 при норме до 2,4). То есть группы, принявшие участие в исследовании, в основном, страдают избыточными пищевыми самоограничениями и увлечением слишком строгими диетами, что может привести к «диетической депрессии».

Эмоциогенное пищевое поведение у студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей не превышает средних значений группы нормы (норма 1,8). У студентов с низким ИМТ и пациентов с нервной анорексией высокие показатели, что говорит о том, что им сложно перерабатывать эмоции, не прибегая к помощи еды.

По шкале «Экстернальное пищевое поведение», согласно полученным данным, у студентов заниженные показатели (норма 2,7), то есть они не склонны переедать в социальных ситуациях. У пациентов по данной шкале

выявлены высокие показатели, что говорит о том, что им сложно удержаться при виде вкусной или просто лежащей на виду еды.

3.7. Корреляционные взаимосвязи особенностей пищевого поведения с показателями перфекционизма

Результаты корреляционного анализа взаимосвязей особенностей пищевого поведения с показателями по опроснику перфекционизма отражены на рисунке 5, 6 и 7.

В группе студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей величина «Эмоциогенное пищевое поведение» показало 1 положительную взаимосвязь высокой степени надежности: с «общим показателем перфекционизма» ($p < 0,05$).

Таким образом, чем выше эмоциогенное пищевое поведение, тем выше общий уровень перфекционизма.

Ограничительное пищевое поведение в группе студентов показало 3 положительной взаимосвязи: с «общим уровнем перфекционизма», с «селектирование информации о собственных неудачах и ошибках», и с «высокими стандартами деятельности при ориентации на полюс «самых успешных»» ($p < 0,05$). То есть, чем выше уровень ограничительного пищевого поведения, тем больше студент ориентируется на полюс «самых успешных», тем больше концентрируется на собственных ошибках и, в целом, выше общий уровень перфекционизма.

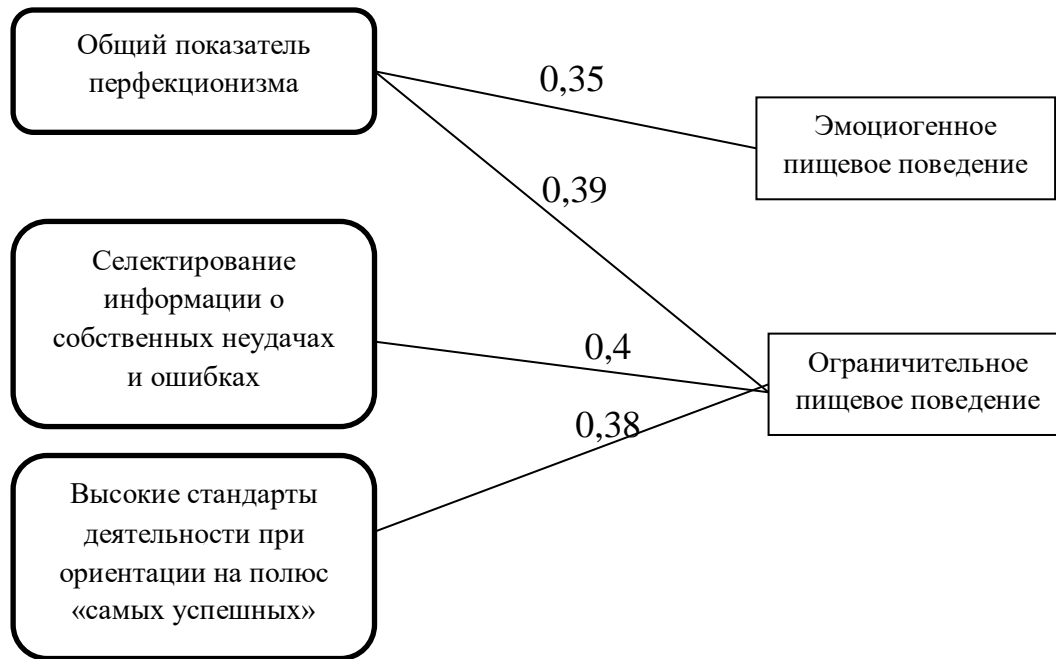


Рисунок 5. Корреляционные взаимосвязи особенностей пищевого поведения с показателями перфекционизма группы студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей

В группе студентов с низким ИМТ величина «Эмоциогенное пищевое поведение» показало 2 положительной взаимосвязи высокой степени надежности: с «общим показателем перфекционизма» и «высокими стандартами деятельности при ориентации на полюс «самых успешных» ($p < 0,05$). То есть, чем выше общий уровень перфекционизма и чем больше студенты с низким ИМТ ориентируются на самых успешных, тем выше эмоциогенное пищевое поведение.

Ограничительное пищевое поведение в группе студентов показало 2 положительной взаимосвязи: с «общим уровнем перфекционизма» и с «завышенными притязаниями и требованиями к себе» ($p < 0,05$). То есть, чем выше уровень ограничительного пищевого поведения, тем чаще студент

завышает требования к себе и, в целом, выше общий уровень перфекционизма.

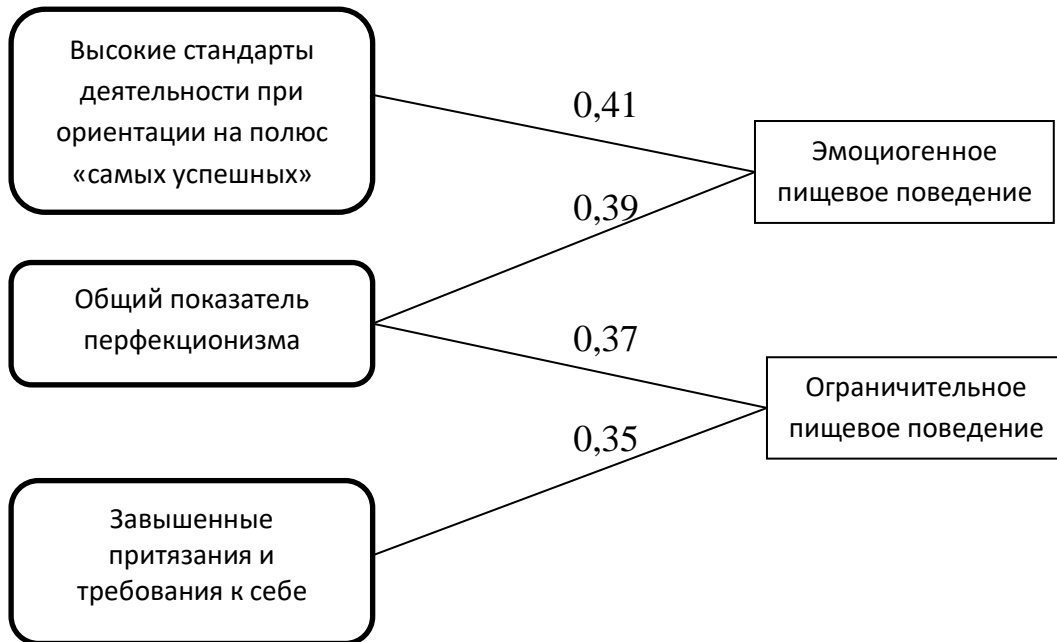


Рисунок 5. Корреляционные взаимосвязи особенностей пищевого поведения с показателями перфекционизма группы студентов с низким ИМТ

В группе пациентов «эмоциогенное пищевое поведение» и «экстернальное пищевое поведение» показали одну положительную взаимосвязь высокой степени надежности: с «селектированием информации о собственных неудачах» ($p < 0,05$). То есть, чем выше уровень эмоциогенного и экстернального пищевого поведения, тем они больше думают о собственных неудачах. «Ограничительное пищевое поведение» показало одну положительную взаимосвязь с «поляризованное мышление «все или ничего»» ($p < 0,05$). Чем выше показатель поляризованного мышления «все или ничего», тем выше ограничительный тип пищевого поведения.

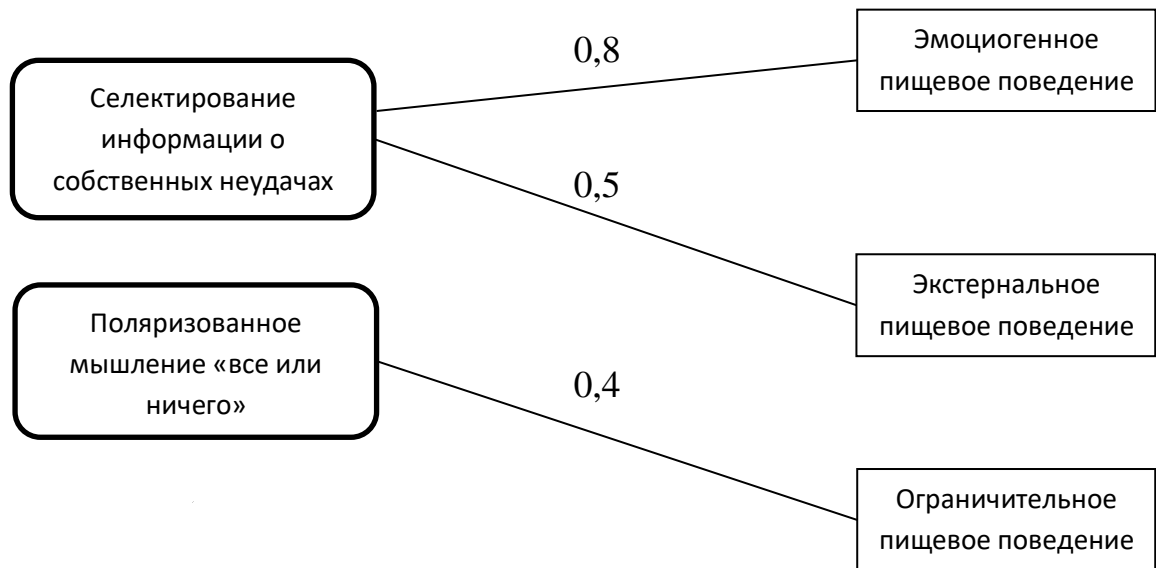


Рисунок 7. Корреляционные взаимосвязи особенностей пищевого поведения с показателями перфекционизма группы пациентов с нервной анорексией

3.8. Корреляционные взаимосвязи особенностей пищевого поведения с показателями саморегуляции

Результаты корреляционного анализа взаимосвязей особенностей пищевого поведения с показателями по методике «Стиль саморегуляции поведения» отражены на рисунке 8, 9 и 10.

Корреляционные связи в группе студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей продемонстрировали следующие результаты: «ограничительный тип» нарушения пищевого поведения отрицательно взаимосвязан с «планированием» ($p < 0,05$), это означает, что чем лучше навык планирования, тем меньше ограничений в пищевом поведении. Экстернальное пищевое поведение отрицательно взаимосвязано с гибкостью ($p < 0,05$). То есть, чем слабее механизмы переключения, тем выше уровень

экстернального пищевого поведения. Эмоциогенное пищевое поведение показало 3 отрицательные взаимосвязи высокой степени значимости: с планированием, программированием и самостоятельностью ($p < 0,05$). Таким образом, мнение окружающих может влиять на пищевое поведение студентов.

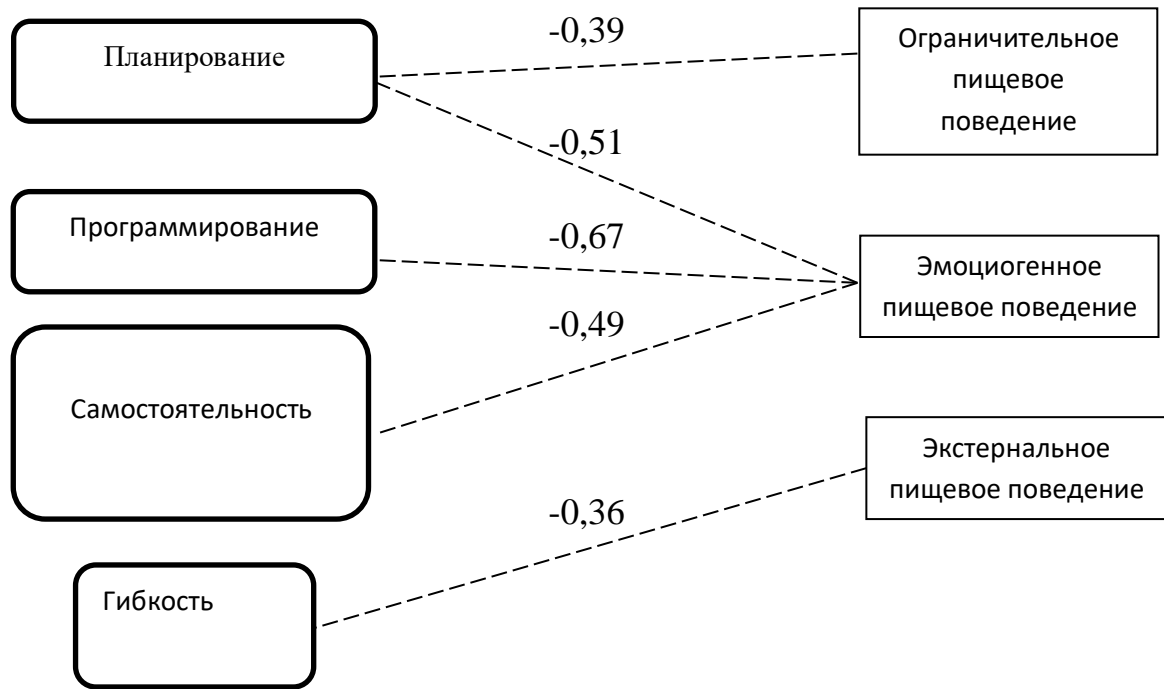


Рисунок 8. Корреляционные взаимосвязи особенностей пищевого поведения с показателями саморегуляции группы студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей

Корреляционные связи в группе студентов с низким ИМТ продемонстрировали следующие результаты: «ограничительный тип» нарушения пищевого поведения отрицательно взаимосвязан с «гибкостью» ($p < 0,05$), это означает, что чем гибче студент, тем меньше ограничений в пищевом поведении. Экстернальное пищевое поведение отрицательно взаимосвязано с планированием, самостоятельностью и с гибкостью ($p < 0,05$). То есть, чем лучше навык планирования, чем самостоятельнее и гибче студент, тем ниже уровень экстернального пищевого поведения. Эмоциогенное пищевое поведение показало 1 отрицательную взаимосвязь

высокой степени значимости: с самостоятельностью ($p < 0,05$). Таким образом, мнение окружающих может влиять на пищевое поведение студентов.

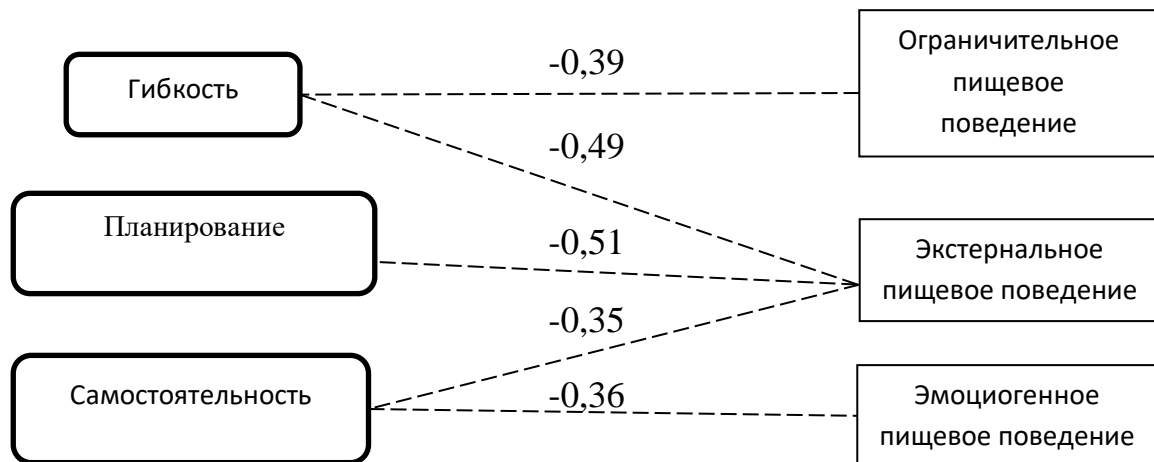


Рисунок 9. Корреляционные взаимосвязи особенностей пищевого поведения с показателями саморегуляции группы студентов с низким ИМТ

Корреляционные связи в группе пациентов с нервной анорексией продемонстрировали следующие результаты: «ограничительное пищевое поведение» отрицательно взаимосвязано с «планированием» ($p < 0,05$). То есть, чем лучше навык планирования, тем меньше ограничений в пищевом поведении.

Эмоциогенное пищевое поведение показало одну отрицательную взаимосвязь: с «моделированием» ($p < 0,05$), это говорит о том, что слабый навык моделирования будет влиять на увеличение эмоциогенного типа пищевого поведения.

Экстернальное пищевое поведение показало 2 отрицательные взаимосвязи: с программированием и гибкостью ($p < 0,05$). Слабые навыки программирования и гибкости будут увеличивать экстернальный тип пищевого поведения.

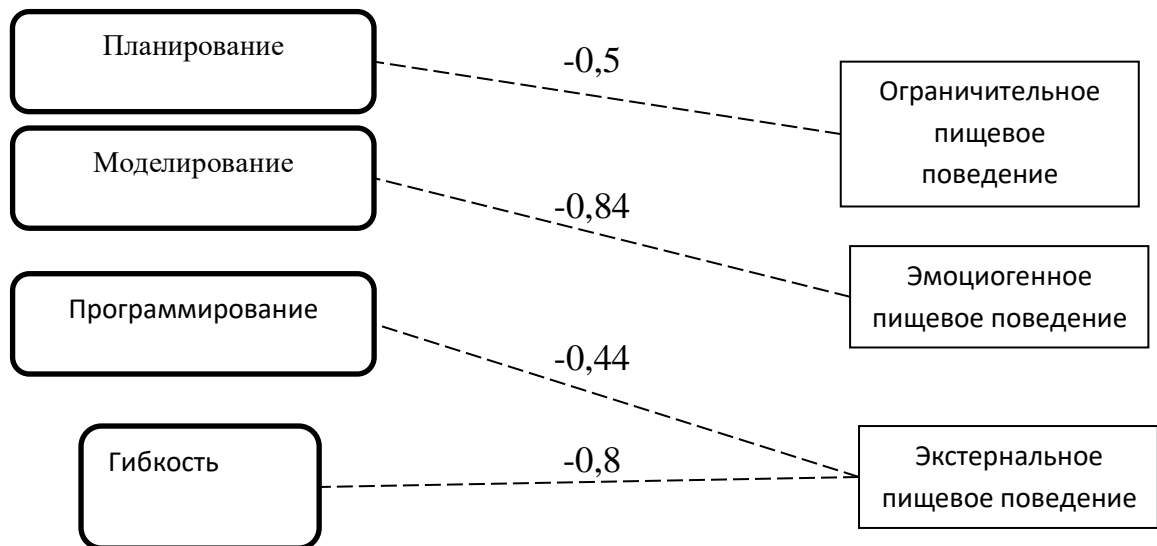


Рисунок 10. Корреляционные взаимосвязи особенностей пищевого поведения с показателями саморегуляции группы пациентов с нервной анорексией

Условные обозначения:

	$r > 0$	$r < 0$
$p < 0,05$	—————	-----

3.9. Сравнительный анализ по методике «Голландский опросник пищевого поведения»

Для сравнительного анализа выборка была поделена на три группы: студенты с ИМТ в рамках нормативных показателей, студенты с ИМТ ниже нормы и пациенты с нервной анорексией. Сравнение происходило между показателями данных групп по методике «Голландский опросник пищевого поведения», шкалы «Эмоциогенное пищевое поведение», «Экстернальное пищевое поведение», и «Ограничительное пищевое поведение».

В ходе анализа по t-критерию Стьюдента было выявлено, что по шкалам «Эмоциогенное пищевое поведение» ($t=4,03$; $a=0,001$), «Экстернальное пищевое поведение» ($t=4,73$; $a=0,001$) и «Ограничительное пищевое поведение» ($t=2,61$; $a=0,05$) имеются статистически значимые различия. У пациентов эмоциогенное пищевое поведение ($Cp=3,27\pm 1,2$), экстернальное пищевое поведение ($Cp=3,1\pm 0,8$) и ограничительное пищевое поведение ($Cp=3,56\pm 0,95$) более выражены, чем у студентов с низким ИМТ (эмоциогенное пищевое поведение ($Cp=2,35\pm 1,15$), экстернальное пищевое поведение ($Cp=2,3\pm 0,9$), ограничительное пищевое ($Cp=3,32\pm 0,6$) и студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей (эмоциогенное пищевое поведение ($Cp=2,15\pm 1,1$), экстернальное пищевое поведение ($Cp=2,0\pm 0,7$), ограничительное пищевое ($Cp=3,21\pm 0,4$)).

Таким образом, у пациентов с диагнозом «нервная анорексия» более выражены значения по всем типам пищевого поведения: эмоциогенное, экстернальное и ограничительное.

3.10. Сравнительный анализ по опроснику перфекционизма Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорвой

Для сравнительного анализа выборка была поделена на три группы: студенты с ИМТ в рамках нормативных показателей, студенты с ИМТ ниже нормы и пациенты с нервной анорексией. Сравнение происходило между

показателями данных групп по опроснику перфекционизма Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорвой, шкалы «Восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания», «Завышенные притязания и требования к себе», «Высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных»», «Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках», «Поляризованное мышление «все или ничего»», «Общий показатель перфекционизма».

В ходе анализа по t-критерию Стьюдента было выявлено, что по шкалам «Восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания» ($t=3,2$; $a=0,01$), «Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках» ($t=3,96$; $a=0,001$) и «Общий показатель перфекционизма» ($t=5,93$; $a=0,001$) имеются статистически значимые различия. У студентов с низким индексом массы тела «Восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания» ($Ср=17,2\pm 5,7$), «Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках» ($Ср=8\pm 2,6$) и «Общий показатель перфекционизма» ($Ср=74,6\pm 13,8$) более выражены, чем у пациентов с нервной анорексией («Восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания» ($Ср=13,7\pm 5,2$), «Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках» ($Ср=5,9\pm 2,7$), «Общий показатель перфекционизма» ($Ср=58,8\pm 13,7$) и студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей («Восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания» ($Ср=11,7\pm 5,1$), «Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках» ($Ср=5,1\pm 2,2$), «Общий показатель перфекционизма» ($Ср=54,8\pm 13,5$).

Таким образом, студенты с низким индексом массы тела более склонны сравнивать себя с окружающими и преувеличивать свои недостатки и провалы. И, в целом, у них более выражен общий уровень перфекционизма.

Анализ по t-критерию Стьюдента показал, что различия статистически не значимы по шкалам «Завышенные притязания и требования к себе», «Высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных»» и «Поляризованное мышление «все или ничего»».

3.11. Сравнительный анализ по методике «Стиль саморегуляции поведения»

Для сравнительного анализа выборка была поделена на три группы: студенты с ИМТ в рамках нормативных показателей, студенты с ИМТ ниже нормы и пациенты с нервной анорексией. Сравнение происходило между показателями данных групп по опроснику перфекционизма Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорвой, шкалы «Планирование», «Моделирование», «Программирование», «Оценивание результатов», «Гибкость», «Самостоятельность», «Общий уровень саморегуляции».

В ходе анализа по t-критерию Стьюдента было выявлено, что по шкалам «Моделирование» ($t=5,71$; $a=0,001$), «Программирование» ($t=3,12$; $a=0,01$), «Гибкость» ($t=2,86$; $a=0,01$) и «Общий уровень саморегуляции» ($t=2,07$; $a=0,05$) имеются статистически значимые различия. У студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей «Моделирование» ($Ср=4,69\pm 1,5$), «Программирование» ($Ср=5,62\pm 1,2$), «Гибкость» ($Ср=5,32\pm 1,5$) и «Общий уровень саморегуляции» ($Ср=26,3\pm 4,7$) более выражены, чем у студентов с низким индексом массы тела («Моделирование» ($Ср=3\pm 1,6$), «Программирование» ($Ср=4,8\pm 1,4$), «Гибкость» ($Ср=4,6\pm 1$), «Общий уровень саморегуляции» ($Ср=24,6\pm 4$)) и пациентов с нервной анорексией («Моделирование» ($Ср=2,8\pm 1,3$), «Программирование» ($Ср=4,4\pm 1,1$), «Гибкость» ($Ср=4,3\pm 1$), «Общий уровень саморегуляции» ($Ср=21,6\pm 3,6$)).

Анализ по t-критерию Стьюдента показал, что различия статистически не значимы по шкалам «Планирование», «Оценивание результатов» и «Самостоятельность».

4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

В эмоциональной сфере мы обнаружили, что как студенты с ИМТ в рамках нормативных показателей, так и с низким имеют высокий уровень тревоги, последние также отмечаются с серьезным депрессивным состоянием. Группа пациентов имеют высокий уровень тревоги и имеют серьезное депрессивное состояние.

Студенты с низким ИМТ и пациенты в большей степени ощущают, что окружающие возлагают на них большие надежды, боятся не оправдать этих ожиданий, чаще сравнивают себя с другими. Студенты с ИМТ в рамках нормативных показателей ставят перед собой более сложные цели. Для студентов с низким ИМТ характерны более высокие показатели работоспособности, тем более что они ориентированы на достижения наиболее успешных в ущерб средним способностям. У студентов с низким ИМТ отмечены заметные различия в негативных моделях мышления, проявляющиеся в склонности выбирать информацию из собственных неудач и ошибок.

По показателям саморегуляции было выявлено, что как студент, так и пациенты хуже продумывают последовательность своих действий и хуже адаптируются к меняющимся условиям. Из отличий: студенты зависимы от мнений и оценок окружающих, а пациенты испытывают трудности в определении цели и программы действий.

Наиболее высокие значения у групп по шкале «Ограничительное пищевое поведение» (3,3 при норме до 2,4). То есть группы, принявшие участие в исследовании, в основном, страдают избыточными пищевыми самоограничениями и увлечением слишком строгими диетами, что может привести к «диетической депрессии».

Эмоциогенное пищевое поведение у студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей не превышает средних значений группы нормы

(норма 1,8). У студентов с низким ИМТ и пациентов с нервной анорексией высокие показатели, что говорит о том, что им сложно перерабатывать эмоции, не прибегая к помощи еды.

По шкале «Экстернальное пищевое поведение», согласно полученным данным, у студентов заниженные показатели (норма 2,7), то есть они не склонны переедать в социальных ситуациях. У пациентов по данной шкале выявлены высокие показатели, что говорит о том, что им сложно удержаться при виде вкусной или просто лежащей на виду еды.

В группе студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей Эмоциогенный и Ограничительный типы пищевого поведения взаимосвязаны с «общим показателем перфекционизма». Экстернальное пищевое поведение взаимосвязано со шкалой «гибкость». В группе студентов с низким ИМТ величина «Эмоциогенный и ограничительный тип пищевого поведения взаимосвязаны с «общим показателем перфекционизма». В группе пациентов с нервной анорексией эмоциогенный и экстернальный типы пищевого поведения взаимосвязаны с «селектированием информации о собственных неудачах». Ограничительное пищевое поведение взаимосвязано с «поляризованное мышление «все или ничего» и с «планированием».

У пациентов с нервной анорексией эмоциогенный, экстернальный, ограничительный типы пищевого поведения более выражены, чем у студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей и низким ИМТ. У студентов с низким индексом массы тела общий показатель перфекционизма более выражен, чем у пациентов с нервной анорексией и студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей. У студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей «Общий уровень саморегуляции» более выражены, чем у студентов с низким ИМТ и пациентов с нервной анорексией.

5. ВЫВОДЫ

Проведенное исследование позволяет сделать следующие основные выводы.

1. У студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей были выявлено: субклинически выраженная тревога и депрессия, средние показатели саморегуляции и перфекционизма; преобладающий тип пищевого поведения - эмоциогенный и ограничительный.
2. У студентов с ИМТ ниже нормы были выявлено: субклинически выраженная тревога и депрессия, средние показатели саморегуляции и высокие значения по шкале общий перфекционизм; преобладающий тип пищевого поведения - эмоциогенный и ограничительный.
3. У пациентов с нервной анорексией средние показатели по шкалам общий перфекционизм и саморегуляция, преобладает клинически выраженная тревога и депрессия. А также высокие показатели по всем шкалам пищевого поведения (эмоциогенный, ограничительный, экстернальный).
4. У пациентов с нервной анорексией эмоциогенный, экстернальный, ограничительный типы пищевого поведения более выражены, чем у студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей и низким ИМТ. У студентов с низким индексом массы тела общий показатель перфекционизма более выражен, чем у пациентов с нервной анорексией и студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей. У студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей «Общий уровень саморегуляции» более выражены, чем у студентов с низким ИМТ и пациентов с нервной анорексией.
5. В группе студентов с ИМТ в рамках нормативных показателей Эмоциогенный и Ограничительный типы пищевого поведения взаимосвязаны с «общим показателем перфекционизма». Экстернальное пищевое поведение взаимосвязано со шкалой «гибкость».

6. В группе студентов с низким ИМТ величина «Эмоциогенный и ограничительный тип пищевого поведения взаимосвязаны с «общим показателем перфекционизма».
7. В группе пациентов с нервной анорексией эмоциогенный и экстернальный типы пищевого поведения взаимосвязаны с «селектированием информации о собственных неудачах». Ограничительное пищевое поведение взаимосвязано с «поляризованное мышление «все или ничего» и с «планированием».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Уровень сформированности процессов саморегуляции и перфекционизма действительно определяет нарушения пищевого поведения, при этом, как мы и предполагали, такое регуляторно-личностное свойство личности как «гибкость» недостаточно развито. Но взаимосвязи особенностей пищевого поведения с некоторыми процессами саморегуляции («программированием», «планированием», «самостоятельностью») другой направленности, и их выраженность может способствовать развитию пищевых расстройств.

Во избежание последующего снижения индекса массы тела у студентов в нашем исследовании была выявлена необходимость работы над снижением перфекционизма и улучшением саморегуляции.

В целом, результаты исследования способствуют накоплению эмпирических данных о саморегуляции и перфекционизме в особенностях пищевого поведения студентов и являются необходимой основой для планирования профилактической работы студентов в области сохранения и укрепления здоровья.

Список использованной литературы

1. Альматова Е.М., Гурьева С.Г., Толмачев Д.А. Расстройства пищевого поведения у студентов Ижевской государственной медицинской академии. – 2019. – № 12-2. – С. 58-61.
2. Безряднова А.С., Липатова Л.П., Беркетова Л.В. Анализ структуры питания студентов высшей школы // Вестник РЭУ им. Г.В. Плеханова. – 2018. – № 5. – С. 153-160.
3. Васюра С.А., Горчакова Н.М., Коммуникативная компетентность студентов с высокой и низкой активностью в общении. Актуальные проблемы психологии и педагогики в современном образовании : сборник научных статей IV международной научно-практической конференции. Ярославль – Минск. [12 марта 2020 г.] / под науч.ред. Е.В. Карповой. Ярославль : РИО ЯГПУ, 2020.- 151-153с.
4. Вознесенская Т. Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция //Ожирение и метаболизм. – 2004. – Т. 2. – С. 2-6.
5. Вознесенская Т. Г., Вахмистров А. В. Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении //Невропат. и психиатр. – 2001. - Т. 12. - С. 19-24
6. Вознесенская Т.Г. Церебральное ожирение и истощение (клиническое, нейроэндокринологическое и психофизиологическое исследование). - Дисс. докт. мед. наук. - М. – 1990. – 472 с.
7. Ганнушкин, П. Б. Избранные труды. – Ростов н/Д: "Феникс", 1998. – 416 с.
8. Гаранян Н., Холмогорова А., Юдеева Т. Перфекционизм, депрессия и тревога.// Московский психотерапевтический журнал, 2001.
9. Горчакова Н.М. Особенности клинических проявлений у мужчин и женщин, страдающих нервной анорексией.: Профилактическая и клиническая медицина, - 2011. - Т. 2(39), - С. 337

10. Горчакова Н.М. Особенности эмоциональной сферы пациентов с пищевыми нарушениями // Наука и мир, 2015. - Т. 1, - № 11. - С. 97-102
11. Гурвич И.Н., Антонова Н.А. Психологическая детерминация пищевого поведения студенческой молодежи // Вестник СПбГУ. Сер. 12. 2012.
12. Дикая Л.Г. Вклад индивидуального стиля саморегуляции психофизиологического состояния в формирование психологической и поведенческой variability личности // Психология психических состояний. Казань, 2002.- с. 50.
13. Дикая Л.Г. Психическая саморегуляция функционального состояния человека. М., 2003. – 56 с.
14. Звенигородская Л. А. и др. Типы пищевого поведения и гормоны пищевого поведения у больных с метаболическим синдромом // Экспер. и клин. гастроэнтерология 2007; 1: 24. – 2007. – Т.
15. Евсегнеев Р.А.. Психиатрия в общей медицинской практике. Руководство для врачей, МИА, - 2010. 435с.
16. Елисеева Ю.В. Медико-социальные и поведенческие факторы риска нарушений массы тела у студентов медицинского вуза // Профилактическая медицина. – 2019. – № 22. – С. 67-71.
17. Каншин Д.В. Энциклопедия питания / [Соч.]. Вып. 1-2 Санкт-Петербург : тип. В. Безобразова и К°, 1885
18. Коньшев В.А. Питание и регулирующие системы организма;, АМН СССР, 1985.-203с.
19. Коркина М. В., Цивильно М. А., Марилов В. В., Карева М. А. Практикум по психиатрии: Учеб, пособие. 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Изд-во РУДН, 1997.- 185 с.
20. Коркина М. В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. – М.: Медицина, 1984. – 224 с.
21. Коркина М. В. Нервная анорексия непроецессуальной природы (к вопросу о ее нозологической принадлежности и взаимоотношениях с

- синдромом дисморфомании). В кн.: Клиническая динамика неврозов и психопатий. Л.: Медицина, 1967, с. 128-151.
22. Крылов В.И. Пограничные психические заболевания с нарушениями пищевого поведения. СПб.: Шанс, 1995. - 87 с.
23. Купцова С.А. Психическая саморегуляция как компонент культуры здоровья // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. 2018. № 2. – с.221.
24. Малкина-Пых И. Г. Перфекционизм и удовлетворенность образом тела в структуре личности пациентов с нарушениями пищевого поведения и алиментарным ожирением. // Экология человека - 2010 г.
25. Марилов, В. В. Сравнительная эффективность нормотимиков при комплексной терапии нервной булимии / В. В. Марилов, М. Б. Сологуб // Журнал неврологии и психиатрии. - 2010. - №1. - С. 59-61.
26. Марк Коннер, Кристофер Дж. Армитейдж Социальная психология пищи. Х.: Гуманитарный центр, 2012.- 39 с.
27. Матусевич М. С. Особенности формирования пищевых нарушений у подростков // Молодой ученый. - 2013. - №12. - С. 814-817.
28. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие / – 6_е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – 285 с.
29. Михайлова М. А. Психологические особенности женщин с нарушением пищевого поведения // Молодой ученый. – 2020. – № 3 (293). – С. 296-298.
30. Михайлова А.П., Иванова Д.А., Штрахова А.В. Вопросы квалификации и психологической диагностики пищевого поведения в норме и при его нарушениях // Вестник Южно-Уральского государственного университета. – 2019. – № 1. – С. 97-117.
31. Михайлова А.П. Пищевое поведение в норме, в условиях стресса и при патологии: библиографический обзор // Вестник Южно-Уральского государственного университета. – 2018. – № 3. – С. 80-95.

32. Моросанова В.И. Осознанная саморегуляция произвольной активности человека как психологический ресурс достижения целей. - 2014. - с.62.
33. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего / Под ред. Д.А.Леонтьева. – М.: Смысл, 2004.
34. Обухов С. Г. Психиатрия / Под ред. Ю.А. Александровского – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 352 с.
35. Палмер Б. Нарушения питания. Все, что нужно знать. - М.: МАСТ, 2006. - 80 с.
36. Петров Д.П. Психологические и социальные аспекты ожирения / Ожирение (клинические очерки) / под ред. А.Ю. Барановского, Н.В. Ворохобиной. – СПб.: Диалект, 2007. – 240 с.
37. Прохоров А.О. Саморегуляция психических состояний в повседневной, обыденной жизнедеятельности человека // Психологические исследования. 2017. Т. 10. № 56. – с 100.
38. Прохоров А.О. Саморегуляция психических состояний: феноменология, механизмы, закономерности. М., 2005.
39. Прохоров А.О., Чернов А.В., Юсупов М.Г. Особенности саморегуляции состояний студентов с разным уровнем регуляторных способностей. – 2020. – с. 132.
40. Савчикова Ю.Л. Личностные особенности женщин с избыточной массой тела. Международный медицинский журнал №3, 2004, 83-87с.
41. Скугаревский, О. А. Нарушения пищевого поведения : монография / О. А. Скугаревский. - Минск : БГМУ, 2007. 240 с.
42. Справочник по психиатрии: справочное издание / Сост. В. Д. Москаленко; Под ред. А. В. Снежневского. - 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 1985. - 416 с.
43. Сырцова А., Митина О.В. Возрастная динамика временных ориентаций личности. Вопросы психологии, 2008, №. 2, 41–54.

44. Сырцова А., Соколова Е.Т., Митина О.В. Адаптация опросника временной перспективы личности Ф.Зимбардо. Психологический журнал, 2008, 3(29), 101–109.
45. Сырцова А., Соколова Е.Т., Митина О.В. Методика Ф.Зимбардо по временной перспективе. Психологическая диагностика. 2007, No. 1, 85–106.
46. Тихонов С.В., Нервная булимия, Под редакцией проф. В.И. Симаненкова. Санкт-Петербург.: 2015.- 15с.
47. Хамнуева Л. Ю., Андреева Л. С., Кошикова И.Н. Ожирение. Учебное пособие Иркутск.: 2007, 5с.
48. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности Основные положения, исследования и применение. - СПб. Питер Пресс, 1997. - 308 с.
49. Шагина В. Н., Нарушение пищевого поведения как одна из причин развития экзогенного ожирения / В. Н. Шагина, И. И. Блохина, И. С. Серов // Молодой ученый. – 2019. – № 30 (268). – С. 57-59.
50. Шостак В.И., Лытаев С.А. Психическая деятельность человека: Уч. пособие / Под ред. А.А. Крылова. СПб.: Деан, 1999
51. Эйдемиллер Э.Г., Билецкая М.П. Системная семейная терапия при ожирении и заболеваниях желудочно-кишечного тракта // Ожирение (клинические очерки) / под ред. А.Ю. Барановского, Н.В. Ворохобиной. – СПб.: Диалект, 2007. – С. 211-229.
52. Boniwell I., Osin E., Linley P. A., Ivanchenko G. V. A question of balance: Time perspective and well-being in British and Russian samples // The Journal of Positive Psychology: Dedicated to furthering research and promoting good practice, 2010, 5:1, P. 24-40.
53. Fieulaine N., Martinez F. About the Fuels of Self-Regulation: Time Perspective and Desire for Control in Adolescents Substance Use. Published in «The Psychology of Self-Regulation», 2011. P. 102-121
54. Garner D.M., Garfinkel P. E. Handbook of treatment for eating disorders. New York: Guilford, 1997.

55. Gerlinghoff M., Backmund H. Magersucht. Anstöße für eine Krankheits – bewältigung. Stuttgart: TRIAS – Thieme, Hippokrates, Enke, 1989.
56. Gilbert P, Pehl J, Allan S: The phenomenology of shame and guilt: An empirical investigation // Br. J. Med. Psychol., 1994, vol. 67, pp. 23–26.
57. Keough K.A., Zimbardo P.G., Boyd J. N. Who's Smoking, Drinking, and Using Drugs? Time Perspective as a Predictor of Substance Use // Basic and Applied Social Psychology, 1999, 21:2, P. 149-164.
58. Oyanadel C., Buela-Casal G. The Perception of Time: Influences on Physical and Mental Health // Univ. Psychol., 2011, vol.10 no.1, P. 149-161.
59. Zimbardo, P. G. & Boyd, J. N. Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric // Journal of Personality and Social Psychology, 1999, № 77. P. 1271-1288.
60. Zimbardo, P. G. & Boniwell, I. Balancing One's Time Perspective in Pursuit of Optimal Functioning // Positive psychology in practice, Hoboken, NJ: Wiley, 2004.

Приложение 1. *Биографический опросник*

1. Кто из членов Вашей семьи, включая родителей, Вас, братьев/сестер, других близких родственников, страдает лишним весом?
2. Вы росли самостоятельным ребенком?
3. Когда Вы были ребенком, кто был тем старшим человеком, с которым Вы чувствовали себя наиболее хорошо, комфортно?
4. Могли бы Вы припомнить самые приятные, положительные события Вашего детства, юности? С чем они были связаны?
5. Если бы Ваши родители были категорически против Вашего выбора, могли бы Вы пойти против их мнения?
6. Последние несколько лет Ваше физическое состояние и состояние Вашего здоровья:
7. Обычно Ваше настроение и жизненный тонус
8. Ваша активность и жизненная энергия обычно
9. На какое время вперед Вы примерно представляете себе свое будущее, строите какие-то планы?
10. Часто ли Вас преследует чувство, что Вам совершенно не хватает времени?
11. С каким из суждений Вы согласны?
12. Есть ли в вашем характере, привычках, повседневной жизни, стиле общения с другими что-то, что бы Вы хотели кардинально изменить?
13. Что на сегодня приносит Вам большее удовольствие в жизни?
14. Беспокоит ли Вас Ваше будущее?
15. Можно ли сказать, что у Вас сейчас близкие отношения с родительской семьей (или с кем-то из родителей)?
16. Как обычно Вы проводите выходные дни?
17. Как Вы проводите время вне дома (чаще всего)?
18. Представьте, что у Вас неожиданно выдался лишний выходной день. Чему Вы его посвятите?

19. Часто ли в конце дня Вам приходит в голову мысль: «Сегодня я потратил много времени впустую»?
20. Часто ли Вам кажется, что Вы сделали ошибку в каких-то жизненных ситуациях?
21. Случалось ли Вам ошибаться в людях?
22. Как Вы могли бы оценить собственную успешность и достижения – в отношениях с людьми, в учебе, в перспективах, в работе, личной жизни и т.д.?
23. Мои успехи и достижения (как и неудачи) зависят:
24. Я мог бы добиться большего, если бы
25. Какой период Вашей жизни был/является для Вас наиболее насыщенным значимыми событиями?
26. Как Вы считаете, какое время жизни является лучшим для человека?

Приложение 2. Методика «Голландский опросник пищевого поведения»

1. Если ваш вес начинает расти, едите ли вы меньше обычного?
2. Стараетесь ли вы есть меньше, чем вам хотелось бы, во время завтрака, обеда, ужина?
3. Часто ли вы отказываетесь от еды и питья из-за того, что беспокоитесь о вашем весе?
4. Аккуратно ли вы контролируете количество съеденного?
5. Выбираете ли вы пищу преднамеренно, чтобы похудеть?
6. Если вы переели, будете ли вы на следующий день есть меньше?
7. Стараетесь ли вы есть меньше, чтобы не поправиться?
8. Часто ли вы стараетесь не есть между приемами пищи, так как следите за своим весом?
9. Часто ли вы стараетесь не есть вечерами, потому что следите за своим весом?
10. Думаете ли вы о том, сколько вы весите, перед тем, как что-нибудь съесть?

11. Возникает у вас желание есть, когда вы раздражены?
12. Возникает у вас желание есть, когда вам нечего делать?
13. Возникает у вас желание есть, когда вы подавлены или обескуражены?
14. Возникает у вас желание есть, когда вам одиноко?
15. Возникает у вас желание есть, когда вас кто-то подвел?
16. Возникает у вас желание есть, когда вам что-либо препятствует или нарушаются ваши планы?
17. Возникает у вас желание есть, когда вы предчувствуете какую-нибудь неприятность?
18. Возникает у вас желание есть, когда вы встревожены, озабочены или напряжены?
19. Возникает у вас желание есть, когда «все не так», «все валится из рук»?
20. Возникает у вас желание есть, когда вы испуганы?
21. Возникает у вас желание есть, когда вы разочарованы, разрушены ваши надежды?
22. Возникает у вас желание есть, когда вы взволнованы, расстроены?
23. Возникает у вас желание есть, когда вы утомлены, встревожены?
24. Едите ли вы больше, чем обычно, когда еда вкусная?
25. Едите ли вы больше обычного, когда еда особенно хорошо выглядит и пахнет?
26. Если вы видите вкусную пищу и чувствуете ее запах, появляется ли у вас желание есть?
27. Если у вас есть что-то вкусненькое, съедите ли вы это немедленно?
28. Если вы проходите мимо булочной, вам хочется купить что-то вкусное?
29. Если вы проходите мимо кафе, вам хочется купить что-то вкусное?
30. Когда вы видите, как едят другие, появляется ли у вас желание есть?
31. Можете ли вы остановиться, если едите что-то вкусное?
32. Едите ли больше, чем обычно, в компании (когда едят другие)?
33. Когда вы готовите пищу, часто ли пробуете ее?

Приложение 3. Методика «Стиль саморегуляции поведения»

1. Свои планы на будущее я люблю разрабатывать в малейших деталях.
2. Я люблю всякие приключения и могу идти на риск.
3. Стараюсь всегда приходить во время, но, тем не менее, часто опаздываю.
4. Придерживаюсь девиза: «Выслушай совет, но сделай по-своему».
5. Я часто полагаюсь на свои способности ориентироваться по ходу дела и не стремлюсь заранее представить последовательность своих действий.
6. Окружающие отмечают, что я недостаточно критичен к себе и своим действиям, но сам я это не всегда замечаю.
7. Накануне важного события у меня обычно появлялось чувство, что не хватило 1–2 дней для подготовки
8. Чтобы чувствовать себя уверенно, необходимо знать, что ждет тебя завтра.
9. Мне трудно себя заставить что-либо переделывать, даже если качество сделанного меня не устраивает.
10. Не всегда замечаю свои ошибки, чаще это делают окружающие меня люди.
11. Переход на новую систему работы не причиняет мне особых неудобств.
12. Мне трудно отказаться от принятого решения даже под влиянием близких мне людей.
13. Я не отношу себя к людям, жизненным принципом которых является: «Семь раз отмерь, один раз отрежь».
14. Я не выношу, когда меня опекают и за меня что-то решают.
15. Не люблю много раздумывать о своем будущем.
16. В новой одежде часто ощущаю себя неловко.

17. Всегда заранее планирую свои расходы, не люблю делать незапланированных покупок.
18. Избегаю риска, плохо справляюсь с неожиданными ситуациями.
19. Мое отношение к будущему часто меняется: то строю радужные планы, то будущее кажется мне мрачным.
20. Всегда стараюсь продумать способы достижения цели, прежде чем начну действовать.
21. Предпочитаю сохранять независимость даже от близких мне людей.
22. Мои планы на будущее обычно реалистичны, и я не люблю их менять.
23. В первые дни отпуска при смене образа жизни всегда появляется чувство дискомфорта.
24. При большом объеме работы неминуемо страдает качество результатов.
25. Люблю перемены в жизни, смену обстановки и образа жизни.
26. Не всегда вовремя замечаю изменения обстоятельств и из-за этого терплю неудачи.
27. Бывает, что настаиваю на своем, даже когда не уверен в своей правоте.
28. Люблю придерживаться заранее намеченного на день плана.
29. Прежде чем выяснять отношения, стараюсь представить себе различные способы преодоления конфликта.
30. В случае неудачи всегда ищу, что же было сделано неправильно.
31. Не люблю посвящать кого-либо в свои планы, редко следую чужим советам.
32. Считаю разумным принцип: «Сначала надо ввязаться в бой, а затем искать средства для победы».
33. Люблю помечтать о будущем, но это скорее фантазии, чем реальность.
34. Стараюсь всегда учитывать мнение коллег о себе и своей работе.
35. Если я занят чем-то важным для себя, то могу работать в любой обстановке

36. В ожидании важных событий стремлюсь заранее представить последовательность своих действий при том или ином развитии ситуации.
37. Прежде чем взяться за дело, мне необходимо собрать подробную информацию об условиях его выполнения и сопутствующих обстоятельствах.
38. Редко отступаю от начатого дела.
39. Часто допускаю небрежное отношение к своим обязательствам в случае усталости и плохого самочувствия.
40. Если я считаю, что прав, то меня мало волнует мнение окружающих о моих действиях.
41. Про меня говорят, что я «разбрасываюсь», не умею отделить главное от второстепенного.
42. Не умею и не люблю заранее планировать свой бюджет.
43. Если в работе не удалось добиться устраивающего меня качества, стремлюсь переделать, даже если окружающим это не важно.
44. После разрешения конфликтной ситуации часто мысленно к ней возвращаюсь, перепроверяю предпринятые действия и результаты.
45. Непринужденно чувствую себя в незнакомой компании, новые люди мне обычно интересны.
46. Обычно резко реагирую на возражения, стараюсь думать и делать все по-своему.

Приложение 4. «Пятифакторный личностный опросник» (Р. МакКрае, П. Коста)

1. Мне нравится заниматься физкультурой	-2	-1	0	1	2	Я не люблю физические нагрузки
2. Люди считают меня отзывчивым и доброжелательным человеком	-2	-1	0	1	2	Некоторые люди считают меня холодным и черствым
3. Я во всем ценю чистоту и порядок	-2	-1	0	1	2	Иногда я позволяю себе быть

						неряшливым
4. Меня часто беспокоит мысль, что что-нибудь может случиться	-2	-1	0	1	2	«Мелочи жизни» меня не тревожат
5. Все новое вызывает у меня интерес	-2	-1	0	1	2	Часто новое вызывает у меня раздражение
6. Если я ничем не занят, то это меня беспокоит	-2	-1	0	1	2	Я человек спокойный и не люблю суетиться
7. Я стараюсь проявлять дружелюбие ко всем людям	-2	-1	0	1	2	Я не всегда и не со всеми дружелюбный человек
8. Моя комната всегда аккуратно прибрана	-2	-1	0	1	2	Я не очень стараюсь следить за чистотой и порядком
9. Иногда я расстраиваюсь из-за пустяков	-2	-1	0	1	2	Я не обращаю внимания на мелкие проблемы
10. Мне нравятся неожиданности	-2	-1	0	1	2	Я люблю предсказуемость событий
11. Я не могу долго оставаться в неподвижности	-2	-1	0	1	2	Мне не нравится быстрый стиль жизни
12. Я тактичен по отношению к другим людям	-2	-1	0	1	2	Иногда в шутку я задеваю самолюбие других
13. Я методичен и пунктуален во всем	-2	-1	0	1	2	Я не очень обязательный человек
14. Мои чувства легко уязвимы и ранимы	-2	-1	0	1	2	Я редко тревожусь и редко чего-либо боюсь
15. Мне не интересно, когда ответ ясен заранее	-2	-1	0	1	2	Я не интересуюсь вещами, которые мне не понятны
16. Я люблю, чтобы другие быстро выполняли мои распоряжения	-2	-1	0	1	2	Я не спеша выполняю чужие распоряжения
17. Я уступчивый и склонный к компромиссам человек	-2	-1	0	1	2	Я люблю поспорить с окружающими
18. Я проявляю настойчивость, решая трудную задачу	-2	-1	0	1	2	Я не очень настойчивый человек
19. В трудных ситуациях я весь	-2	-1	0	1	2	Я могу расслабиться в любой ситуации

сжимаюсь от напряжения						
20. У меня очень живое воображение	-2	-1	0	1	2	Я всегда предпочитаю реально смотреть на мир
21. Мне часто приходится быть лидером, проявлять инициативу	-2	-1	0	1	2	Я скорее подчиненный, чем лидер
22. Я всегда готов оказать помощь и разделить чужие трудности	-2	-1	0	1	2	Каждый должен уметь позаботиться о себе
23. Я очень старательный во всех делах человек	-2	-1	0	1	2	Я не очень усердствую на работе
24. У меня часто выступает холодный пот и дрожат руки	-2	-1	0	1	2	Я редко испытывал напряжение, сопровождаемое дрожью в теле
25. Мне нравится мечтать	-2	-1	0	1	2	Я редко увлекаюсь фантазиями
26. Часто случается, что я руковожу, отдаю распоряжения другим людям	-2	-1	0	1	2	Я предпочитаю, чтобы кто-то другой брал в свои руки руководство
27. Я предпочитаю сотрудничать с другими, чем соперничать	-2	-1	0	1	2	Без соперничества общество не могло бы развиваться
28. Я серьезно и прилежно отношусь к работе	-2	-1	0	1	2	Я стараюсь не брать дополнительные обязанности на работе
29. В необычной обстановке я часто нервничаю	-2	-1	0	1	2	Я легко привыкаю к новой обстановке
30. Иногда я погружаюсь в глубокие размышления	-2	-1	0	1	2	Я не люблю тратить свое время на размышления
31. Мне нравится общаться с незнакомыми людьми	-2	-1	0	1	2	Я не очень общительный человек
32. Большинство людей добры от природы	-2	-1	0	1	2	Я думаю, что жизнь делает некоторых людей злыми
33. Люди часто доверяют мне ответственные дела	-2	-1	0	1	2	Некоторые считают меня безответственным
34. Иногда я чувствую себя одиноко, тоскливо и все валится из рук	-2	-1	0	1	2	Часто, что-либо делая, я так увлекаюсь, что забываю обо всем
35. Я хорошо знаю, что такое красота	-2	-1	0	1	2	Мое представление о красоте такое же,

и элегантность						как и у других
36. Мне нравится приобретать новых друзей и знакомых	-2	-1	0	1	2	Я предпочитаю иметь только несколько надежных друзей
37. Люди, с которыми я общаюсь, обычно мне нравятся	-2	-1	0	1	2	Есть такие люди, которых я не люблю
38. Я требователен и строг в работе	-2	-1	0	1	2	Иногда я пренебрегаю своими обязанностями
39. Когда я сильно расстроен, у меня тяжело на душе	-2	-1	0	1	2	У меня очень редко бывает мрачное настроение
40. Музыка способна так захватить меня, что я теряю чувство времени	-2	-1	0	1	2	Драматическое искусство и балет кажутся мне скучными
41. Я люблю находиться в больших и веселых компаниях	-2	-1	0	1	2	Я предпочитаю уединение
42. Большинство людей честные, и им можно доверять	-2	-1	0	1	2	Иногда я отношусь подозрительно к другим людям
43. Я обычно работаю добросовестно	-2	-1	0	1	2	Люди часто находят в моей работе ошибки
44. Я легко впадаю в депрессию	-2	-1	0	1	2	Мне невозможно испортить настроение
45. Настоящее произведение искусства вызывает у меня восхищение	-2	-1	0	1	2	Я редко восхищаюсь совершенством настоящего произведения искусства
46. «Болея» на спортивных соревнованиях, я забываю обо всем	-2	-1	0	1	2	Я не понимаю, почему люди занимаются опасными видами спорта
47. Я стараюсь проявлять чуткость, когда имею дело с людьми	-2	-1	0	1	2	Иногда мне нет дела до интересов других людей
48. Я редко делаю необдуманно то, что хочу сделать	-2	-1	0	1	2	Я предпочитаю принимать решения быстро
49. У меня много слабостей и недостатков	-2	-1	0	1	2	У меня высокая самооценка
50. Я хорошо понимаю свое душевное состояние	-2	-1	0	1	2	Мне кажется, что другие люди менее чувствительны, чем я

51. Я часто игнорирую сигналы, предупреждающие об опасности	-2	-1	0	1	2	Я предпочитаю избегать опасных ситуаций
52. Радость других я разделяю как собственную	-2	-1	0	1	2	Я не всегда разделяю чувства других людей
53. Я обычно контролирую свои чувства и желания	-2	-1	0	1	2	Мне трудно сдерживать свои желания
54. Если я терплю неудачу, то обычно обвиняю себя	-2	-1	0	1	2	Мне часто «везет», и обстоятельства редко бывают против меня
55. Я верю, что чувства делают мою жизнь содержательнее	-2	-1	0	1	2	Я редко обращаю внимание на чужие переживания
56. Мне нравятся карнавалы, шествия и демонстрации	-2	-1	0	1	2	Мне не нравится находиться в многолюдных местах
57. Я стараюсь поставить себя на место другого человека, чтобы его понять	-2	-1	0	1	2	Я не стремлюсь понять все нюансы переживаний других людей
58. В магазине я обычно долго выбираю то, что надумал купить	-2	-1	0	1	2	Иногда я покупаю вещи импульсивно
59. Иногда я чувствую себя жалким человеком	-2	-1	0	1	2	Обычно я чувствую себя нужным человеком
60. Я легко «вживаюсь» в переживания вымышленного героя	-2	-1	0	1	2	Приключения киногероя не могут изменить мое душевное состояние
61. Я чувствую себя счастливым, когда на меня обращают внимание	-2	-1	0	1	2	Я скромный человек и стараюсь не выделяться среди людей
62. В каждом человеке есть нечто, за что его можно уважать	-2	-1	0	1	2	Я еще не встречал человека, которого можно было бы уважать
63. Обычно я хорошо думаю, прежде чем действовать	-2	-1	0	1	2	Я не люблю продумывать заранее результаты своих поступков
64. Часто у меня бывают взлеты и падения настроения	-2	-1	0	1	2	Обычно у меня ровное настроение
65. Иногда я чувствую себя фокусником, подшучивающим над людьми	-2	-1	0	1	2	Люди часто называют меня скучным, но надежным человеком

66. Я привлекателен для лиц противоположного пола	-2	-1	0	1	2	Некоторые считают меня обычным и неинтересным человеком
67. Я всегда стараюсь быть добрым и внимательным с каждым человеком	-2	-1	0	1	2	Некоторые люди думают, что я самонадеянный и эгоистичный
68. Перед путешествием я намечаю точный план	-2	-1	0	1	2	Я не могу понять, зачем люди строят такие детальные планы
69. Мое настроение легко меняется на противоположное	-2	-1	0	1	2	Я всегда спокоен и уравновешен
70. Я думаю, что жизнь – это азартная игра	-2	-1	0	1	2	Жизнь – это опыт, передаваемый последующим поколениям
71. Мне нравится выглядеть вызывающе	-2	-1	0	1	2	В обществе я обычно не выделяюсь поведением и модной одеждой
72. Некоторые говорят, что я снисходителен к окружающим	-2	-1	0	1	2	Говорят, что я часто хвастаюсь своими успехами
73. Я точно и методично выполняю свою работу	-2	-1	0	1	2	Я предпочитаю «плыть по течению», доверяя своей интуиции
74. Иногда я бываю настолько взволнован, что даже плачу	-2	-1	0	1	2	Меня трудно вывести из себя
75. Иногда я чувствую, что могу открыть в себе нечто новое	-2	-1	0	1	2	Я не хотел бы ничего в себе менять

Приложение 5. Опросник перфекционизма Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогоровой

Ф.И.О.		Дата	
Инструкция: Выразите согласие или несогласие с каждым из нижеследующих утверждений. Для этого сделайте отметку в соответствующем квадрате против каждого из утверждений			

	Безусловно, да	Пожалуй, да	Пожалуй, нет	Безусловно, нет
1. Когда меня хвалят, мне кажется, что я произвожу лучшее впечатление, чем я есть на самом деле.				
2. Когда люди хвалят меня за что-либо выполненное мной, я боюсь, что не смогу в будущем оправдывать их ожидания.				
3. Я опасаясь, что важные для меня люди могут обнаружить, что я менее способный, чем они думали обо мне				
4. Я чаще вспоминаю случаи, а которых я проявил себя не лучшим образом, чем эпизоды, в которых был на высоте.				
5. Я редко выполняю разные виды деятельности настолько хорошо, насколько мне хотелось бы.				
6. Мне часто кажется, что многие люди справляются с работой лучше, чем я.				
7. Похвалы и комплименты в мой адрес часто кажутся мне не заслуженными.				
8. Когда я задумываюсь о своей жизни, мне кажется, что я достиг очень немногого.				
9. Когда я добиваюсь хорошего результата в чем-либо, у меня возникают сомнения, смогу ли я повторить его.				
10. Я часто сравниваю не в свою пользу мои способности со способностями окружающих и думаю, что они умнее и удачливей меня.				
11. Я недоволен собой, если я не достиг максимально хорошего результата, возможного в данном виде деятельности.				
12. Я часто отказываюсь от идеи написать письмо знакомым или друзьям, т.к. кажется невозможным описать в письме все, что произошло за последние года.				
13. После какого-либо не слишком удачного контакта я страшно расстраиваюсь и потом неделями все перебираю, что я сказал или сделал не так.				

14. Я стараюсь быть выше любого недружелюбия а свой адрес и ругаю себя, если оно все же меня задевает.				
15. Я чувствую дискомфорт, если люди, которых я ценю, не платят мне тем же, и делаю максимум, чтобы завоевать их расположение.				
16. Я никогда не останавливаюсь на достигнутом, добившись чего-то, сразу ставлю себе новую цель.				
17. Если приложенные мною в какой-либо области усилия не приводят к осязаемому в реальной жизни результату, то я считаю, что это время потрачено зря, даже если получал в то время удовольствие.				
18. Если мне предстоит выступить перед аудиторией, и я из-за этого волнуюсь, то сержусь на себя за то, что не в силах справиться с нервозностью.				
19. Творения других людей (книги, фильмы, какие-то другие полученные ими результаты) часто служат мне напоминанием того, как я мало достиг.				
20. Я часто терзаюсь мыслями о собственном несовершенстве.				
21. Мне кажется лучше не браться за дело вовсе, чем сделать его не очень хорошо.				
22. В своей работе я ориентируюсь на самые высокие стандарты.				
23. За какое бы дело я не брался, меня не устраивает средний результат				
24. Я склонен часто сравнивать себя с другими людьми.				
25. В моих неудачах меня не утешает мысль о людях со средними возможностями, которым тоже многое не удается.				
26. В своих жизненных целях и задачах я ориентируюсь на людей способных и многого достигших.				
27. В самых разных ситуациях (даже не связанных с работой) ко мне приходит мысль о том, как мало я достиг.				

28. Я убежден, что настоящий профессионализм исключает ошибки и провалы.				
29. Я уверен, что настоящая дружба предполагает полное взаимопонимание во всем.				

Приложение 6. *Hads*

Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS)

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа. Выберите тот из ответов, который соответствует Вашему состоянию, а затем просуммируйте баллы в каждой части.

Часть I (оценка уровня ТРЕВОГИ)		Часть II (оценка уровня ДЕПРЕССИИ)	
1. Я испытываю напряжение, мне не по себе	3 - все время 2 - часто 1 - время от времени, иногда 0 - совсем не испытываю	1. То, что принесло мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство	0 - определенно, это так 1 - наверное, это так 2 - лишь в очень малой степени, это так 3 - это совсем не так
2. Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться	3 - определенно это так, и страх очень велик 2 - да, это так, но страх не очень велик 1 - иногда, но это меня не беспокоит 0 - совсем не испытываю	2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное	0 - определенно, это так 1 - наверное, это так 2 - лишь в очень малой степени, это так 3 - совсем не способен
3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове	3 - постоянно 2 - большую часть времени 1 - время от времени и не так часто 0 - только иногда	3. Я испытываю бодрость	3 - совсем не испытываю 2 - очень редко 1 - иногда 0 - практически все время
4. Я легко могу присесть и расслабиться	0 - определенно, это так 1 - наверно, это так 2 - лишь изредка, это так 3 - совсем не могу	4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно	3 - практически все время 2 - часто 1 - иногда 0 - совсем нет
5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь	0 - совсем не испытываю 1 - иногда 2 - часто 3 - очень часто	5. Я не слежу за своей внешностью	3 - определенно, это так 2 - я не уделяю этому столько времени, сколько нужно 1 - может быть, я стал меньше уделять этому времени 0 - я слежу за собой так же, как и раньше
6. Я испытываю неуверенность, мне постоянно нужно двигаться	3 - определенно, это так 2 - наверно, это так 1 - лишь в некоторой степени, это так 0 - совсем не испытываю	6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения	0 - точно так же, как и обычно 1 - да, но не в той степени, как раньше 2 - значительно меньше, чем обычно 3 - совсем так не считаю
7. У меня бывает внезапное чувство паники	3 - очень часто 2 - довольно часто 1 - не так уж часто 0 - совсем не бывает	7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы	0 - часто 1 - иногда 2 - редко 3 - очень редко
Количество баллов здесь _____		Количество баллов здесь _____	
0-7 баллов → «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии)			
8-10 баллов → «субклинически выраженная тревога / депрессия»			
11 баллов и выше → «клинически выраженная тревога / депрессия»			

Например: по шкале тревоги (слева) получилось 11 баллов, по шкале депрессии (справа) – 3 балла
Можно сделать вывод, что имеет место клинически выраженная тревога, а уровень депрессии находится в пределах нормы

Или: по шкале тревоги получилось 15 баллов, по шкале депрессии – 9 баллов
Можно сделать вывод о том, что имеет место клинически выраженная тревога и субклинически выраженная депрессия

Или: по шкале тревоги получилось 6 баллов, по шкале депрессии – 1 балл
Можно сделать вывод о том, что уровни и тревоги, и депрессии находятся в пределах нормы