

Санкт-Петербургский государственный университет

КУЛИКОВА Алена Владимировна

Выпускная квалификационная работа на тему:

**ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИИ У ДЕВУШЕК С РИСКОМ
НАРУШЕННОГО ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ**

По специальности 37.05.01 – Клиническая психология
Основная образовательная программа: Клиническая психология
Профиль: психология кризисов и экстремальных состояний

Научный руководитель:
Кандидат психологических наук, доцент
Карпова Эльвира Борисовна

Рецензент:
Кандидат психологических наук,
старший научный сотрудник НМИЦ ПН
им В.М. Бехтерева
Шишкова Александра Михайловна

Санкт-Петербург

2022 год

АННОТАЦИЯ

Расстройство пищевого поведения является одной из актуальных и сложных проблем современного общества, входит в перечень болезней по классификации МКБ-10. При этом распространенность несуицидальных самоповреждений в течение жизни при нервной анорексии и нервной булимии составляет 22%. Целью этой работы является изучение выраженности нарушения пищевого поведения и аутоагрессии.

Для изучения связи между выраженностью нарушенного пищевого поведения и аутоагрессией, было проведено исследование, объектом которого стало 68 девушек с разным пищевым поведением. Изучались: нарушения пищевого поведения (русскоязычная версия опросника The Eating Disorder Inventory (EDI) David M. Garner), самоповреждающее поведение (опросник утверждений о самоповреждениях ISAS), реакции во фрустрационных ситуациях (тест Розенцвейга), а также механизмы защиты (методика «Индекс жизненного стиля» Р. Плутчика) и копинги (опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса). Для проведения математического анализа были использованы: для определения статистически значимых различий между группами использовался хи-квадрат Пирсона; для поиска взаимосвязей между переменными использовался коэффициент корреляции Спирмена, также были использованы: дисперсионный и качественный анализ.

Результаты: подтверждено существование связи между разной степенью выраженности нарушенного пищевого поведения, интенсивностью самоповреждающего поведения, интрапунитивной направленностью реакций во фрустрационных ситуациях.

ABSTRACT

Eating disorder is one of the urgent and complex problems of modern society, included in the list of diseases according to the MKB-10 classification. The lifetime prevalence of non-suicidal self-harm in anorexia nervosa and bulimia nervosa is 22%. The purpose of this work is studying the severity of eating disorders and autoaggression.

For studying the severity of impaired eating behavior with auto-aggression 68 girls with different eating behaviors were interviewed. In the process of work the experimental psychological methods were used: eating disorders (The Eating Disorder Inventory (EDI) David M. Garner), self-injurious behavior (questionnaire of statements about self-harm ISAS), reactions in frustration situations (S. Rosenzweig), as well as defense mechanisms ("Lifestyle Index" R. Plutchik) and coping ("Coping Behavior" R. Lazarus).

To perform the mathematical analysis, we used: the Mann-Whitney test was used to determine the statistically significant differences between the groups; To find the relationships between the variables, the Spearman correlation coefficient was used, and factorial, variance and multiple regression analysis were also used.

Results: The existence of a link between the different degrees of severity of disturbed eating behavior, the intensity of self-damaging behavior, and the intropunitive orientation of reactions in frustration situations was confirmed.

ОГЛАВЛЕНИЕ

АННОТАЦИЯ	2
ABSTRACT	3
ВВЕДЕНИЕ	6
ГЛАВА 1. Теоретические аспекты исследований нарушенного пищевого питания	10
1.1 Влияние социокультурных стандартов на формирование отношений к телу и пищевому поведению	10
1.2. Дифференциальная диагностика расстройств пищевого поведения	13
1.3. Факторы развития нарушенного пищевого поведения. Портрет личности с нарушенными пищевыми привычками	16
1.4. Современные элементы здорового образа жизни	19
1.5. Аутоагрессия как разновидность деструктивных стратегий преодоления внутреннего напряжения	22
1.6. Основные выводы по аналитическому анализу литературы	26
ГЛАВА 2. Методы и организация исследования	28
2.1. Организация исследования	28
2.2. Этапы исследования	30
2.3. Используемые в исследовании методики	30
ГЛАВА 3. Результаты исследования и их обсуждение	42
3.1. Анализ данных по анкетной части методики EDI	42
3.2. Результаты первого этапа исследования	45
3.3. Результаты второго этапа исследования	47
3.3.1. Анализ самоповреждающего поведения у девушек с риском нарушенного пищевого поведения	47
3.3.2. Анализ направленности реакций в фрустрационных ситуациях у девушек с риском нарушенного пищевого поведения	54
3.3.3. Анализ соотношения типов реакций во фрустрационных ситуациях с механизмами защит, копинговыми стратегиями	56
3.4. Обсуждение результатов	62

ВЫВОДЫ	66
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	67
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	69
ПРИЛОЖЕНИЯ	79

ВВЕДЕНИЕ

Булимия зарождалась еще во времена Римской империи, где на пирах объедались и вызывали рвоту. Другим показательным примером являются Средние века, которые ознаменовались многочисленными случаями необратимого голодного истощения у святых женщин.

Как правило, нарушения пищевого поведения характеризуются серьезным искажением восприятия собственного тела, наличием страха потери контроля над весом и использованием компенсаторных форм поведения, не являющихся конструктивными по своей природе и преследующих цель снижения веса и / или предотвращения увеличения массы тела. К таким формам поведения относятся, например, самоиндуцированная рвота, чрезмерные физические нагрузки, злоупотребление диуретическими препаратами, использование очистительных клизм и пр. Согласно данным МКБ-10, наиболее распространенными среди описанных форм являются самоиндуцированная рвота (80–90 % обратившихся за помощью пациентов) и использование слабительных препаратов (треть обратившихся за помощью пациентов) [3].

Интерес к собственному внешнему виду и забота о физической привлекательности существовали во все времена, однако этот интерес наиболее выражен сейчас, когда озабоченность внешностью достигла колоссальных размеров и охватывает всё более молодые возрастные группы населения, в том числе детей. Данные, представленные в журнале «The Times» от 2004 г., подтверждают этот факт: например, в Великобритании 92 % девушек подросткового возраста недовольны собственной фигурой. При сравнении результатов опросов, проведенных в 1972 и 1985 гг., было обнаружено, что неудовлетворенность внешностью в целом повысилась с 23% до 56 % среди женщин и с 15 % до 43 % среди мужчин [3].

Большинство способов нормализации веса устраняют следствие, а не причину. Ведь избавиться от истинной причины переедания гораздо сложнее, чем надеть «волшебный» пояс, который «работает в то время, когда вы отдыхаете». Потребность в пище является одной из первичных, биологических потребностей, и эта потребность направлена на поддержание гомеостаза. Люди едят для того, чтобы получать необходимую энергию, строить новые клетки и создавать все сложные химические соединения, необходимые для жизни. Пищевое поведение, по словам Р.Е. Фрэнкин, зависит не только от потребности в пище, но и от полученного опыта, системы мышления и внутренних установок [6]. Согласно мнению В.Д.Менделевич, пищевое поведение состоит из автоматизмов, форм поведения, привычек и эмоции, касающихся еды, которые индивидуальны для каждого человека [71]. Пищевые привычки определяются традициями семьи и общества, религиозными представлениями, жизненным опытом, советами врачей и модой, отмечают В.А. Коньшев, Ю.И. Савенков [72, 73], экономическими и личностными причинами. Таким образом, пищевое поведение человека направлено на удовлетворение отнюдь не только биологических и физиологических, но также психологических и социальных потребностей [6].

Почти 20% молодых девушек совершают суицид. По летальности нервная анорексия занимает первое место среди всех психических расстройств. Проблематика агрессивности и агрессии у больных недостаточно изучена, и не существует регламентированных, четких протоколов исследования данной проблематики, что затрудняет работу специалиста. Агрессия и агрессивность у больных нервной анорексией может выступать как форма защиты «Я»-образа, и больной демонстрирует основной способ разрешения трудностей и проблем подобным защитным поведением [19].

Между тем недостаточная изученность роли индивидуально-личностных и личностно-средовых факторов (в рамках биопсихосоциального подхода) в расстройствах психической адаптации лиц, страдающих ожирением, не

позволяет в коррекции пищевого поведения эффективно использовать современные методы психотерапии [17], направленные на коррекцию поведенческих расстройств, в частности, нарушений пищевого поведения в контексте концепции психосоматических соотношений. К этому следует добавить проблемы ценностного сознания женщин, их представления о собственном «Я» в системе значимых отношений личности, к которым относятся и представления об идеальной телесности, представленные в определенной культуре. Но, возможно, большую роль в этой ситуации играют стресс-факторы, связанные с угрозой самоактуализации и самореализации, в том числе в плане создания семьи и реализации репродуктивных функций [22].

Таким образом, актуальность психологического изучения нарушений пищевого поведения обусловлена запросами практики. Решение практических задач требует разностороннего анализа и осмысления механизмов возникновения и развития этих расстройств [30].

Целью исследования является выявление связи выраженности нарушения пищевого поведения с аутоагрессией.

Для достижения данной цели были поставлены следующие гипотезы:

Гипотеза 1: Уровень аутоагрессии, проявляющейся в самоповреждающем поведении и интрапунитивных реакциях, различается у девушек с разным уровнем нарушением пищевого поведения;

Гипотеза 2: Существует связь между особенностями реагирования во фрустрационной по интрапунитивной направленности и выраженностью и мотивировками самоповреждающего поведения;

Гипотеза 3: Разные уровни проявления реакций по интрапунитивной направленности в ситуации фрустрации различаются по репертуару используемых защитных механизмов и копингов и интенсивности их проявления.

Объектом исследования является психологический аспект нарушения пищевого поведения.

Предметом исследования выступает связь выраженности пищевого поведения с аутоагрессией.

Задачи исследования:

1. Исследовать выраженность нарушений пищевого поведения выборки и выявить группы с разным уровнем риска нарушенного пищевого поведения;

2. Изучить особенности самоповреждающего поведения с разным уровнем риска нарушенного пищевого поведения:

2.1. Изучить интенсивность, длительность и частоту самоповреждающего поведения;

2.2. Изучить мотивировки самоповреждающего поведения;

3. Выявить наиболее характерные типы реакций во фрустрационных ситуациях для девушек с разным уровнем риска нарушенного пищевого поведения;

4. Изучить связь между особенностями реагирования во фрустрационных ситуациях и выраженностью и мотивировками самоповреждающего поведения;

5. Выявить характерные репертуары используемых механизмов защиты и копингов и интенсивности их проявления, для разных уровней проявления типичных для риска нарушенного пищевого поведения фрустрационных реакций.

Структура работы представлена введением, тремя тематическими главами, заключением и списком литературы.

ГЛАВА 1. Теоретические аспекты исследований нарушенного пищевого питания

1.1 Влияние социокультурных стандартов на формирование отношений к телу и пищевому поведению

К 1960-м годам начался существенный рост эпизодов нарушенного пищевого поведения (НПП). Сначала это было только в странах Запада и США, но уже через 30 лет НПП достигло и Восток с Южной Америкой. На сегодняшний день сложно сказать, какие поселения не затронули жесткие пищевые стереотипы строгих диет и идеальных стройных фигур [1]. Где корень такого быстрого роста до конца не понятно, но важным критерием считается изменение представлений о «нормальной» женской фигуре [3, 29, 33].

Значимый вклад в изменение критериев красоты внесли средства массовой информации. Раньше представления о красоте и физической привлекательности транслировались при помощи живописи, музыки и литературы. В настоящее время можно видеть новые «идеальные» стандарты красоты повсеместно. Это и рекламные баннеры, и сцены в фильмах, социальные сети. Помимо активной пропаганды подобных стандартов, ситуацию усугубляют современные технические средства, которые искусно обрабатывают изображения. Таким образом, стирается грань между вымыслом и реальностью, люди не в силах понять, что эти «идеальные» тела на самом деле нереальные и недостижимые [1, 3, 17].

Трансляция худых и красивых тел является причиной зарождения собственной неуверенности, комплексов и собственной неудовлетворенности [3]. Возникает желание избавиться от этой неудовлетворенности. Это избавление видится им через создание идеальной фигуры, вследствие чего развивается нарушенное пищевое поведение [1].

Влияние СМИ не заканчивается на каждом отдельном человеке – один человек усваивает пропагандируемые стандарты, а затем накладывает их на

других, тем самым передавая их и усиливая социальное давление. Выстраивается искаженная картина мира, с которой люди сравнивают себя. Меняется и стиль детско-родительских отношений и коммуникация со сверстниками, который тоже влияет на формирование НПП [1, 9]. Выражается это в негативных комментариях или подшучиваниях о фигуре, весе или внешности. Родители могут намеренно или непреднамеренно влиять на своих детей через собственную тревогу и поведение. Это может проявляться в отношении к собственной внешности, обсуждению чужой или беспокойством о внешности ребенка [3, 7].

Почему же развивается НПП? СМИ транслирует высокую вариативность в достижении тела мечты: спорт, разнообразные диеты, интервальные голодания, таблетки и тд. Одновременно идут рекламы низкокалорийных продуктов (и не слова о их вредности, потому что тогда это навредит экономике), и высококалорийных, по словам В.В.Ромацкого. В результате диеты человек может ухудшить свое здоровье, не достичь результата, или достичь, но кратковременного, снижается самооценка и вера в собственные силы. К тому же люди с лишним весом стали считаться глупыми и ленивыми [1, 2, 6, 11, 20, 26].

В дальнейшем эти установки приводят к неуверенности в себе, депрессивным состояниям и соматическим заболеваниям [1, 2, 13].

Происходит искажение образа тела до той степени, что вне зависимости от цифры на весах, недовольство своим телом никуда не уйдет. Это можно назвать дисморфофобией – представление о мнимом физическом уродстве [1, 4]. Образ тела, понятие введенное П.Шильдером, по его словам состоит из перцептивного, когнитивного и эмоционального компонента, которые образуются из опыта. Образ тела определяет в некоторой степени поведение, настроение, мысли и межличностный характер взаимодействий. Тогда установление контроля над собственным телом компенсирует неуверенность в социальной среде [7, 8, 11, 27].

Исследования подтверждают, что неудовлетворенность телом – мощный предиктор расстройств пищевого поведения, нежели депрессия или социальная тревога. Однако в исследовании не подтвердилось значимое влияние культурного фактора [4]. Больные обращаются за помощью к специалистам уже на последних стадиях, зачастую на стадии кахексии [10, 19]. НПП подвергаются стигматизации, что усиливает ее развитие и осложняет лечение. Требуется профилактика, раннее вмешательство и индивидуальное лечение [46].

Пища уже не несет в себе основную функцию (удовлетворение физиологических потребностей), она скорее имеет социальный и психологический характер. Еда стала удовлетворять потребности в общении, принадлежности к группе, снятии напряжения или может играть роль вознаграждения или санкции [13]. Стоит отметить наличие связей ограничительного питания не только с негативными эмоциями и трудностями в ее регуляции, но и позитивными [50].

В последние годы появилась новая идеология, связанная с едой, в ее основе только правильное, чистое питание. Сформировалась очередная культура питания – орторексия [36]. У каждого представителя орторексии свое представление «правильного питания». Этот взгляд также основывается на СМИ, блогах (что имеет накопительный эффект). Как только человек нарушает свой принцип чистого питания, у него возникают чувства вины, тревоги и самоуничижения. Чаще всего это связано с неудовлетворенностью в любви и принятии [37, 38, 47].

В связи с коронавирусной инфекцией были проведены исследования по анализу НПП. Сравнивалась частота обращений за помощью с расстройствами питания в 2018, 2019 и 2020 годах. Соотношение было следующее 200 / 300 / 450. Также были сообщения, что люди восстановившиеся после РПП уже около двух лет, снова испытывают симптомы расстройства, при введении изоляци [49].

1.2. Дифференциальная диагностика расстройств пищевого поведения

Стоит определить, что подразумевается под адекватным пищевым поведением, а что под нарушенным. Под адекватным О.Л.Ковалева, Ю.П.Дервянко и В.Д.Менделевич понимают ценностное отношение к еде и ее приему, независимо от условий (стрессовых или обычных), человек ориентируется на собственный образ тела и его физиологические потребности. Другими словами, адекватное пищевое поведение – это адекватное отношение к еде, при нарушенном пищевом поведении отношение к еде не адекватно, когда есть зависимость от нее или пища становится сверхценной. Расстройство пищевого поведения (РПП) чаще всего начинается со стремления соответствовать социальным критериям физической привлекательности, как правило, через контроль веса и диеты, что в последующем охватывает всю жизнь человека. Следовательно, нарушение пищевого поведения (НПП) - это совокупность симптомов, образующийся из-за длительного влияния эмоциональных, поведенческих, психологических, социальных и межличностных факторов [6, 8, 27].

В литературе нарушенное пищевое поведение могут рассматривать с точек зрения: как аддикцию; как психосоматику и как самостоятельное расстройство.

В первом случае РПП начинается с попытки коррекции веса и желания соответствовать социальным установкам, а затем перерастает в зависимость [20, 27].

В случае психосоматики – симптомы рассматриваются как итог реконструирования эмоционального напряжения (внутриличностных конфликтов ил нарушения детско-родительских отношений) во внешние или внутренние соматические проявления [22, 51].

Под самостоятельным расстройством рассматриваются поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями. В МКБ-10 РПП

находится в разделе психических расстройств и расстройств поведения. Выделяется восемь расстройств.

Нервная анорексия – это расстройство, при котором пациент намеренно добивается низких пределов своей массы тела. Анорексии сопутствуют эндокринные и обменные нарушения. Расстройство характеризуется психопатологическим страхом ожирения, и дряблости фигуры, которые превращаются в навязчивые идеи. Ключевые симптомы: диеты, физическая сверхнагрузка, рвотные, слабительные, мочегонные и уменьшающие аппетит препараты.

М.В. Коркина выделяет четыре стадии нервной анорексии. Первая, инициальная – переживание недовольства собственного тела или его отдельных частей. Вторая, активная коррекция – девиантные действия по снижению веса (были описаны в симптомах). Третья, кахексия – возникают признаки дистрофии (чрезвычайно низкая масса тела, сухость и бледность кожи и тд). Четвертая, редукция симптома.

Атипичная нервная анорексия – расстройство, схожее с нервной анорексией, клиническая картина не позволяет поставить этот диагноз. То есть, какой-либо из симптомов может отсутствовать [8, 20, 76].

Нервная булимия характеризуется повторными приступами и переедания и высоким уровнем беспокойства своей массой тела. Это сопровождается перееданиями и в последствии вызовом рвоты или использованием слабительных. Количество приступов варьируется от двух до сорока в неделю. J.E. Mitchell, N. Geary выделяют в данном расстройстве три поведенческих и когнитивных компонентов: пищевая «запойность»/пьянство, неуместные компенсаторные меры и нарушение образа тела. Поедание в «запойнике» характеризуется употреблением большого количества еды за короткое время, потерей контроля в это время, сопровождается негативными переживаниями. За этим действием всегда следуют компенсаторное поведение (рвота,

слабительные, физическая нагрузка и др.). Если этого не наблюдается, то развивается ожирение. Так вся жизнь человека строится на постоянных мыслях о питании.

Атипичная нервная булимия – расстройство, где нет всех признаков нервной булимии [8, 20, 63, 64, 76].

Переедание, связанное с другими психологическими расстройствами, например, под воздействием стрессовых событий, утраты близких или рождения ребенка.

Рвота, связанная с другими психологическими расстройствами – при диссоциативных и ипохондрических расстройствах, которая не является следствием только этих состояний.

К другим расстройствами приема пищи относятся поедание несъедобного у взрослых и психогенную потерю аппетита. Также есть неуточненные расстройства приема пищи [76].

В DSM-IV два типа пищевых расстройств: нервная булимия и нервная анорексия. Где нервная булимия характеризуется как «повторяющееся несоответствующее компенсаторное поведение с целью предотвращения набора веса, такое как самоиндуцированная рвота, неправильное употребление слабительных или чрезмерная физическая нагрузка» [75; с. 588], а нервная анорексия как «нежелание поддерживать массу тела на минимальном нормальном весе для возраста и роста» [75; с. 589]. Психопатология обоих расстройств нарушает нормальную деятельность, а также напрямую связана с недовольством собственным телом [75].

Помимо диагностических расстройств пищевого поведения, приведенных выше, есть еще другие особенности пищевого поведения, которые не включены

в эту классификацию, но выделяются из адекватных норм питания. Например, орторексия.

1.3. Факторы развития нарушенного пищевого поведения. Портрет личности с нарушенными пищевыми привычками

Нарушения пищевого поведения отражается в невозможности противостоять не физическим потребностям, а психоэмоциональным состояниям. Как следствие, нарушается целостность личности, затрудняются межличностные взаимодействия. Важную роль играют потребностно-мотивационная сфера, система отношений к себе и окружающим, то, на чем основывается формирование личности [13, 19]. Эмоциональная неустойчивость, чувства вины, заниженной самооценки и зависимость от мнения окружающих – база для формирования психологических расстройств. Среди них особое влияние на развитие НПП обеспечивает самооценка и самокритичность, значимая связь которых была показана в исследованиях под руководством Риссиарделли и Макабе [3, 14].

В предыдущем разделе были отмечены факторы социального давления и стигматизации. Для того, чтобы снизить субъективную значимость работают психологические защиты. И. Кон выделяет пять способов изменения в «Я» физического недостатка:

1. Исправление недостатка через усилия;
2. Уклонение в осознании;
3. Восприятие мира через свое несчастье и подозрительность;
4. Приспособление к чужим установкам;
5. Компенсация через другие достижения [8].

Исследования показали достоверные различия при анализе психологических защит. Такие защиты как «отрицание», «проекция»,

«регрессия» и «рационализация» используются в два раза чаще группой больных анорексией и булимией. Эти типы механизмов относятся к протективным, что свидетельствует о низком уровне адаптивного поведения [5, 20, 22, 28, 29]. Другие исследования выделяют замещение и компенсацию как самые распространенные у лиц с расстройствами пищевого поведения. Так люди замещают и компенсируют свои переживания, эмоции и чувства посредством употребления еды [21, 27].

Исследования тревожности также значимо указывает на высокие показатели личностной и ситуативной тревожности. Большая интенсивность отмечается по шкале личностной тревожности, что может свидетельствовать о том, что тревожность с боязливостью есть / стали устойчивыми чертами личности. Ситуативная тревожность указывает на высокий уровень напряжения и беспокойство с озабоченностью. Это невротное состояние формируется как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию, динамика и интенсивность которых индивидуальны. Высокий уровень тревожности зависит не только от конкретной ситуации, но и личностных особенностей, которым присущи депрессивные переживания, суицидальные мысли, чувство вины, неверие в собственные силы и негативная установка на будущее [13, 20, 29].

В психокоррекционной работе важно проработать как личностную тревожность, так и психологические защиты больных расстройствами пищевого поведения, поскольку они могут мешать эффективности психотерапии [21].

Одним из главных факторов развития НПП считается стресс. Исследования, занимающиеся изучением копинг-стратегий у лиц, страдающими НПП, заметили различия между копинг-стратегиями у женщин с нарушениями пищевого поведения и без них. Лица с НПП чаще используют эмоциональные копинги и редко конструктивные (такие как конфронтация, социальная поддержка). Выделяется две противоположные стратегии –

избегание и принятие ответственности. Эти копинги свойственны и суицидентам. Избегание выражается в отвлечении, «забывании» в еде, бездействии (мотивация избегания неудач). Принятие ответственности или самоконтроль связаны с попытками подавления собственных эмоций, что снижает правильность оценки ситуации и спонтанность, из-за чего становится сложнее решить проблемную ситуацию. Так же это влияет на их отказ от любого рода помощи. Неадаптивные копинги повышают восприимчивость к стрессовым ситуациям [3, 5, 26, 27, 29, 31, 72, 74].

Здесь стоит упомянуть об алекситимии. Алекситимия – это затруднение в описании собственных чувств и их дифференциации. Предполагается, что эмоциональная невыразительность формирует конфликтную ситуацию в межличностной взаимодействии, эмоциональное напряжение которого модифицируется в патологические физиологические реакции. Так, алекситимия может быть предрасполагающим фактором к развитию НПП, поскольку утрачена способность к различию чувства голода от других эмоциональных состояний. Внутренние ощущения описываются в терминах скуки, пустоты, усталости и раздражительности [22, 32].

Некоторые исследования рассматривают нарушенное пищевое поведение как самостоятельную копинг–стратегию или механизм защиты. Например, переедание при нервной булимии представляется в качестве механизма совладания с негативными переживаниями. Также было отмечено, что негативные эмоции запускают и ускоряют процессы компульсивного переедания, а высокий уровень стресса может приводить к возникновению синдрома «ночной еды» [25, 27, 70].

Портрет личности с нарушенным пищевым поведением можно описать следующим образом. Они отличаются тем, что сами не в состоянии разрешить конфликтную ситуацию, в виду своей конформности и податливости. При этом

всем не выражаются какие-либо эмоции, в большей степени агрессии. Кусание рассматривается как первое проявление враждебности, то есть, оральной агрессии. Чаще всего пребывают в изоляции, ни с кем почти не контактируя [20, 32, 51].

Доказана низкая стрессоустойчивость, в результате чего ситуация кажется неразрешимой, когнитивная ригидность, что затрудняет использование новой информации или переключаться между задачами. Им свойственен пессимистический атрибутивный стиль, для которого характерно придавать негативным событиям следующие свойства: глобальность, внутренняя ответственность и постоянство во времени. Все это приводит к чувству безнадежности и беспомощности. Усиливает это чувство заниженная самооценка, самообвинение и перфекционизм. В результате чего возникает чувство вины, которое провоцирует еще большую закапсулированность и усиление вышеперечисленных особенностей личности [26, 32, 57, 72, 74].

1.4. Современные элементы здорового образа жизни

В 1977 году С. Братманом был придуман термин «нервная орторексия», который становится популярным в последние годы. Нервная орторексия – это расстройства приема пищи, характеризующееся стремлением к здоровому питанию и отказу от «нездоровых» продуктов. Отличительным элементом является не количество съедаемой еды или потеря веса, в отличие от нервной анорексии и нервной булимии, а восприятие качества этой еды [35, 66].

Данному заболеванию характерны следующие факторы. Рацион питания регулируется только по критерию «полезности», исключая какие-либо вкусовые предпочтения. Как правило исключается соленое, сладкое, жирное, модифицированные продукты и те, которые посчитает человек вредными для его здоровья. Таким образом, еда делится на “плохую” или «хорошую» – дихотомическая классификация. Это касается и способов приготовления пищи.

Страх перед продуктами может достигать фобии. Планируют свое меню заранее до количества микро– и макронутриентов. Орторексикам свойственны диеты и сыроедение, нарушение которых также вызывает чувство вины. При нарушении диет включается система наказаний. Такие люди считают свое поведение, привычки в еде морально превосходящими [35, 36, 37, 66, 67].

В настоящее время нет строгих критериев диагностики данного заболевания, поэтому официальный диагноз «орторексия» не может быть поставлен, но все равно используется его описание. Сама орторексия редко приводит к проблемам со здоровьем, но сильно влияет на социальную жизнь. Все их мысли заняты едой, они не могут спокойно ходить в рестораны, общаться с людьми (возникает конфликт видения еды) [35, 36, 37].

Потеря веса здесь тоже имеет место быть, но скорее как побочный эффект. Нервная орторексия может быть как предшественником нервной анорексии, когда внимание переключается с качества пищи на ее количество. Так и наоборот, когда человек после нервной анорексии при восстановлении переключается с количества еды на качество. Тогда наблюдается комплекс проблем [67, 68, 69].

Что может влиять на развитие нервной орторексии? Это могут быть псевдонаучные эксперты в социальных сетях, высокий уровень образования, депрессивные или тревожные симптомы [66].

В последнее время становится популярным такой подход как интуитивное питание. Этот подход, в отличии от диет и планов питания, основан на том, что человек обращает внимание на сигналы собственного тела – голод и насыщение, а не в ответ на негативные чувства. Такая система эффективнее помогает регулировать вес и сохранять здоровье, а также позитивно влияет на оценку тела. Часто интуитивное питание называют осознанным питанием или рациональным. Помимо разных названий, многими вкладываются еще и разные

значения в них. Это связано с тем, что недостаточно исследований, и эти знания искажаются в социальных сетях [39, 42, 52, 53, 55, 56, 57, 59, 62].

Интуитивное питание или умение прислушиваться к организму, по мнению С. Бронниковой, заложено в нас с самого детства, но данная система ломается под действием родителей: питание по расписанию, а не потребностям. В результате возникают перекусы за компьютером, еда от скуки или для снятия напряжения [42].

Основные принципы интуитивного питания: не существует действенных диет, чувство голода должно быть удовлетворено, иначе теряется связь со своим организмом и потребить большее количество еды, что ему необходимо. Также это отказ от деления еды на «плохую» и «хорошую», отказ от любых ограничений, в сторону *желаемой* еды, ту которую хочет в данный момент. Стоит научиться чувствовать, когда голод удовлетворен и можно остановиться. Управление своим эмоциональным состоянием без помощи еды. И другие принципы. Основная противоположность диетам – это безоговорочное разрешение есть, а не ограничения, что как раз вызывает тягу к еде и перееданию [43, 52, 53, 55, 56, 57, 61].

Интуитивное питание можно назвать гибким контролем? Жесткий контроль – это диеты по принципу «все или ничего». Гибкий – употребление вредной еды, но в меньших порциях или замене «полезной еды» в следующем приеме. У интуитивного питания безоговорочное разрешение есть любую еду, мерой которой является чувства голода [58, 60].

1.5. Аутоагрессия как разновидность деструктивных стратегий преодоления внутреннего напряжения

Под воздействием стрессоров появляется реакция внешней агрессии, которая выплескивается наружу, направленная на других людей или предметы. В прямой форме – это угрозы, удары и т.д., в косвенной - сарказм, ехидство и т.д. Агрессия направленная на себя называется аутоагрессией, тоже имеет две формы: суицидальное и парасуицидальное поведение. Аутоагрессия характеризуется осознаваемыми или неосознаваемыми действиями и имеет широкую вариабельность проявления, чаще всего преобладает физический вид агрессии. Также есть вид аутоагрессии в вербальном самоуничижении и обвинении, когда человек сам выставляет себя не в лучшем свете и оскорбляет себя [8, 9, 10, 30].

А.А. Реан говорит о том, что аутоагрессия – это сложный личностный комплекс, который проявляется на разных уровнях. Так, он ввел понятие «аутоагрессивный паттерн личности», в структуре которого выделил четыре субблока. Характерологический субблок – уровень аутоагрессии имеет достоверный уровень связи с рядом личностных черт: интроверсией, педантичностью, демонстративностью, депрессивностью и невротичностью. Самооценочный субблок – чем выше аутоагрессия личности, тем ниже самооценка собственных когнитивных способностей, самооценка тела, самооценка собственной способности к самостоятельности, автономности поведения и деятельности. Интерактивный субблок – аутоагрессия личности связана с уровнем способности к успешной социальной адаптации, и с уровнем успешности межличностного взаимодействия. Уровень аутоагрессии личности отрицательно коррелирует с общительностью и положительно – с застенчивостью. Социально-перцептивный субблок – аутоагрессия практически не связана с негативизацией восприятия других. Напротив, уровень

аутоагрессии коррелирует с позитивностью восприятия значимых «других» [30, 41].

Первые акты аутоагрессии могут формироваться в детском возрасте ввиду внутреннего конфликта, когда ребенок испытывает враждебное чувство против людей, к которым ребенок испытывает привязанность, особенно если это родители. В таких ситуациях маленькие дети могут выбирать в качестве альтернативы наказание самих себя, то есть, происходит замещение объекта агрессии на аутоагрессию. Внешними проявлениями аутоагрессивного поведения является склонность ребенка в ситуациях напряжения бить, царапать, кусать себя или причинять вред себе каким-либо иным образом. Аутоагрессивное поведение, безусловно, является деструктивным и может превратиться в устойчивую личностную особенность как опасную форму зависимого поведения [25, 41].

Агрессию с аутоагрессией также рассматривают как формы защиты, способ разрешения трудностей, что способствует поддержанию жизни. Э.Фромм называл данную функцию доброкачественной [17, 19].

Г.Я.Пилягина выделяет следующие особенности личности, способствующие возникновению аутоагрессивного поведения. Фрустрация, когда человек подавляет внешнюю агрессию при внутриличностном конфликте. Психотравмирующая ситуация с защитными паттернами поведения, и несбывшиеся ожидания. Таким образом, аутоагрессия – это способ поведения человека в экстремальной ситуации, и форма дезадаптивного механизма приспособления к ней. В случае аутоагрессии здесь попытка изменить себя с сложившейся экстремальной ситуации [9, 10, 33].

В большей степени внутриличностному конфликту подвергаются девочки-подростки, под воздействием навязанных стандартов красоты и культа худого тела. В ответ на это появляется реакция аутоагрессии. Одним из видов является расстройство пищевого поведения, что нарушает психическое и физическое здоровье. Также наблюдаются самоповреждения (парасуицидальное

поведение) – это осознанное нанесение себе повреждений без суицидальных намерений (например, порезы в области предплечий и бедер). Исход может закончиться суицидом [5, 9].

В классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10) самоповреждение не выделяется как отдельный синдром, а представлен в качестве симптома в клинике: депрессивного эпизода (F 32) и легкого депрессивного эпизода (F 32.0), пограничного типа эмоционально неустойчивого расстройства личности (F 60.31), детского аутизма (F 84.0), стереотипных двигательных расстройств (F 98.4) [32, 40].

В зависимости от подходов, самоповреждения объясняются по-разному. С точки зрения психоанализа это конфликт внутреннего и внешнего («Я» и «Сверх-Я»). Бихевиоризм говорит об ошибочных паттернах поведения, и отсутствии необходимых навыков в регуляции. Гуманистическая психология рассматривает как несоответствие реального и идеального «Я», жизненные обстоятельства и чувства человека, неспособность к автономности и уверенности в себе [34].

Помимо ярких форм самоповреждения, таких как порезы, колотые раны, нанесение ожогов и других, есть менее заметные, которые не замечают и сами носители. К ним относятся: пищевое поведение, онихофагия (обкусывание ногтей), аутодепиляция (выдергивание волос), дерматотилломания (щипание кожи) и другие. Еще один пример, патомимия - травмирование кожных покровов с инициированием дерматологических заболеваний. Пациенты наносят себе повреждения неосознанно (не помнят как) и не подозревают об истинной природе их происхождения. Начинается все с нанесения вреда себе в психотравмирующей ситуации, а затем генерализуется до любого психологического переживания. Как правило, совершается тайно, систематически и одним и тем же способом [24, 25, 34].

Распространенность несуйцидальных самоповреждений в течение жизни при нервной анорексии и нервной булимии составляет 22%. В исследованиях

наблюдаются схожие личностные особенности лиц с самоповреждениями и с расстройством пищевого поведения. На первый план выходила «выученная беспомощность», низкая самооценка, и низкая «Я-концепция». Наблюдается высокий уровень контроля чувств в сочетании с невозможностью освобождения чувств. Использовались проективные защиты, говорящие о низком уровне адаптационного поведения. Самоповреждения включались на этапе компульсивных эпизодов в булимии, при помощи которых преодолевались эмоциональные переживания, появлялся краткосрочный положительный аффект после самоповреждения. Исследователи предполагают, что именно за счет положительных эмоций от самоповреждений происходит ослабление эмоционального напряжения, а также биологическими реакциями на повреждение за счет опиоидной системы организма. В исследованиях S. Arnold и J. Muehlenkamp выборки с НПП и наличием самоповреждающего поведения имеют более тяжелые клинические проявления, чем выборка без самоповреждающего поведения. Чаше агрессивность с аутоагрессией распространены среди диагноза нервной анорексии. В последствии, девушки жалеют о совершенных поступках. Нервная анорексия захватывает первое место по летальности в ряду всех психических расстройств. Данная проблема недостаточно изучена, что затрудняет четкое протоколирование аутоагрессии. Распространенность несуицидальных самоповреждений у пациентов с НПП в течение жизни удвоилась с 1990-х по 2010-е годы. И ожидается, что будет продолжать расти во время сегодняшней пандемии COVID-19 [5, 10, 12, 13, 19, 23, 54, 65, 71, 73].

1.6. Основные выводы по аналитическому анализу литературы

Нарушенное пищевое поведение (НПП) – это совокупность симптомов, образующийся из-за длительного влияния эмоциональных, поведенческих, психологических, социальных и межличностных факторов. Чаше всего

начинается со стремления соответствовать социальным критериям физической привлекательности, как правило, через контроль веса и диеты, что в последующем охватывает всю жизнь человека. НПП подвергаются стигматизации, что усиливает ее развитие, осложняет лечение и мотивирует обращаться за помощью к специалистам уже на последних стадиях. Требуется профилактика, раннее вмешательство и индивидуальное лечение.

В данной работе исследуется НПП, поскольку помимо РПП есть и другие особенности пищевого поведения, которые выделяются из адекватных норм питания. Например, орторексия, новая идеология, связанная с едой, в основе которой только правильное и чистое питание.

Нарушения пищевого поведения отражается в невозможности противостоять не физическим потребностям, а психоэмоциональным состояниям. Поэтому некоторые исследования рассматривают нарушенное пищевое поведение как самостоятельную копинг-стратегию или механизм защиты.

Особое влияние на развитие НПП имеет самооценка и самокритичность. При этом не выражаются какие-либо эмоции, в большей степени агрессии. В результате чего нарастает эмоциональное напряжение, требующее выхода. В виду своей конформности и податливости, лица с НПП могут иметь склонность к аутоагрессии.

В данной работе под аутоагрессией мы понимаем вербальные и физические виды агрессии направленные на себя без суицидальных мотивов, поэтому понятие «самоповреждающее поведение» рассматривается как синоним понятию «аутоагрессия» (не рассматриваются самоповреждения как симптоматика аутизма или стереотипного двигательного расстройства).

Распространенность несуицидальных самоповреждений в течение жизни при нервной анорексии и нервной булимии составляет 22%. При помощи самоповреждений преодолеваются эмоциональные переживания, появляется краткосрочный положительный аффект, за счет которого происходит

ослабление эмоционального напряжения. НПП с наличием самоповреждающего поведения имеет более тяжелые клинические проявления, чем без самоповреждающего поведения.

ГЛАВА 2. Методы и организация исследования

2.1. Организация исследования

Целью исследования является выявление связи выраженности нарушения пищевого поведения с аутоагрессией.

Для достижения данной цели были поставлены следующие гипотезы:

Гипотеза 1: Уровень аутоагрессии, проявляющейся в самоповреждающем поведении и интрапунитивных реакциях различается у девушек с разным уровнем нарушением пищевого поведения;

Гипотеза 2: Существует связь между особенностями реагирования во фрустрационной по интрапунитивной направленности и выраженностью и мотивировками самоповреждающего поведения;

Гипотеза 3: Разные уровни проявления реакций по интрапунитивной направленности в ситуации фрустрации различаются по репертуару используемых защитных механизмов и копингов и интенсивности их проявления.

Объектом исследования является психологический аспект нарушения пищевого поведения.

Предметом исследования выступает связь выраженности пищевого поведения с аутоагрессией.

Задачи исследования:

1. Исследовать выраженность нарушений пищевого поведения выборки и выявить группы с разным уровнем риска нарушенного пищевого поведения;

2. Изучить особенности самоповреждающего поведения с разным уровнем риска нарушенного пищевого поведения:

2.1. Изучить интенсивность, длительность и частоту самоповреждающего поведения;

2.2. Изучить мотивировки самоповреждающего поведения;

3. Выявить наиболее характерные типы реакций во фрустрационных ситуациях для девушек с разным уровнем риска нарушенного пищевого поведения;

4. Изучить связь между особенностями реагирования во фрустрационных ситуациях и выраженностью и мотивировками самоповреждающего поведения;

5. Выявить характерные репертуары используемых механизмов защиты и копингов и интенсивности их проявления, для разных уровней проявления типичных для риска нарушенного пищевого поведения фрустрационных реакций.

В исследовании приняло участие 68 девушек в возрасте от 16 до 30 лет с разным отношением к еде. Поиск выборки проводился в социальных сетях, предпочтение отдавалось группам с питанием, спортом и нарушенного пищевого поведения (НПП). Анкетирование участников из различных городов проводилось посредством использования Гугл – формы. Таким образом была собрана случайная выборка до клинического уровня. На первом этапе исследования мы предполагали сформировать группы с риском НПП и без нарушений в питании.

Методы статистической обработки: анализ средних, частотный анализ, сравнительный анализ с применением критерия U Манна-Уитни для независимых выборок, критерия хи-квадрат и Краскала-Уоллеса, корреляционный анализ, дисперсионный анализ, качественный анализ данных.

2.2. Этапы исследования

Первый этап исследования был направлен на изучение связи выраженности нарушения пищевого поведения с защитными механизмами и копинговыми стратегиями. И включал в себя выявление группы риска

относительно пищевого поведения, выявление механизмов защиты и копинг-стратегий при разных выраженностях нарушенного пищевого поведения, а также механизмов защиты и копинг-стратегий у разных видов нарушенного пищевого поведения.

Второй этап исследования направлен на изучение связи выраженности нарушения пищевого поведения с аутоагрессией. Включает в себя исследование выраженности нарушений пищевого поведения выборки и выявление групп с разным уровнем риска НПП; изучение особенностей самоповреждающего поведения с разным уровнем риска НПП; выявление наиболее характерных типов реакций во фрустрационных ситуациях для девушек с разным уровнем риска нарушенного пищевого поведения; изучение связи между особенностями реагирования во фрустрационных ситуациях и выраженностью и мотивировками самоповреждающего поведения и выявление характерных репертуаров используемых механизмов защиты и копингов и интенсивности их проявления, для разных уровней проявления типичных для риска НПП фрустрационных реакций.

2.3. Используемые в исследовании методики

Для исследования аутоагрессии и особенностей совладающего поведения у девушек с риском нарушенного пищевого поведения мы применяли следующие методики:

1. Русскоязычная версия опросника The Eating Disorder Inventory (EDI) (David M. Garner, 1983, в авторской адаптации) (см. приложение А);
2. Методика «Индекс жизненного стиля» (Р. Плутчик) (см. приложение Б);

3. Опросник «Способы совладающего поведения» (Р. Лазаруса, адаптирована Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой в 2004 году; Стандартизация: НИПНИ им. Бехетерева) (см.приложение В);
4. Опросник утверждений о самоповреждениях ISAS (E. David Klonsky, в адаптация Адлера А.Е.) (см.приложение Г);
5. Тест Розенцвейга. Методика рисуночной фрустрации. Взрослый вариант (модификация Н.В.Тарабриной) (см.приложение Д).

Русскоязычная версия опросника The Eating Disorder Inventory (EDI) (David M. Garner, 1983)

EDI является хорошим инструментом для первоначальной диагностики (скрининга) наличия симптомов расстройства пищевого поведения. Однако, ни EDI, ни какой-либо другой тест не являются однозначно достаточным для постановки диагноза — они позволяют всего лишь выявить определенные поведенческие симптомы и внутренние установки, характерные для анорексии, булимии и других расстройств пищевого поведения.

Методика EDI состоит из 2-х частей. Первая — симптоматика, состоит из 8 подшкал:

1. Стремление к похудению — чрезмерная озабоченность диетами, весами и стремлением к худобе;
2. Булимия - неконтролируемые эпизоды переедания, после которых следуют действия по самоочистке;
3. Недовольство телом — убеждения связанные с изменениями форм во время пубертатного периода;
4. Безрезультатность — чувство общей неадекватности, незащищенности, никчемности и отсутствием контроля над своей жизнью;
5. Перфекционизм — завышенные личные ожидания, желание достичь совершенства как чрезмерность;

6. Межличностное недоверие — чувство отчуждения оценивается и общее нежелание устанавливать близкие контакты;

7. Интероцептивная осведомленность — степень определения своих эмоций, ощущения голода или насыщения;

8. Страх зрелости — желание вернуться в детство, безопасный период (механизм анорексии связан с уходом от зрелости по мнению Crisp, 1980).

Надежность (внутренняя согласованность) установлена для всех подшкал, и представлены несколько показателей достоверности. Во-первых, пациенты с анорексией (N = 113) отличаются от сравниваемых женщин (N = 577), с использованием процедуры перекрестной проверки. Во-вторых, баллы по подшкалам самооценки пациентов согласуются с клиническими оценками подшкал черт. В-третьих, клинически выздоровевшие пациенты с анорексией получают такие же баллы как и сравниваемые женщины по всем субшкалам. Наконец, конвергентная и дискриминантная достоверность установлена для субшкал. Перечень расстройств пищевого поведения также применялся к группам женщин с булимией с нормальным весом, ожирением и нормальным весом, но ранее страдающим ожирением, а также с мужчинами в сравнении с мужчинами [81].

Наряду с этим 2-я часть, которая направлена на выявление изменений в весе. Русскоязычная версия данного опросника в авторском варианте. К основным вопросам методики мною были добавлены 4 вопроса на орторексию («Я считаю калории в еде»; «Я планирую свое меню на следующий день с учетом калорий»; «Я избегаю «вредных» продуктов»; «Вы наказываете себя, если съели что-то запретное»).

Методика «Индекс жизненного стиля» (Р. Плутчик, в адаптации Е.С. Романова, Г.Р. Гребникова, 1996)

Опросник предназначен для диагностики механизмов психологической защиты «Я» и включает 97 утверждения, требующих ответа по типу «верно – неверно». Измеряются восемь видов защитных механизмов:

1. вытеснение — основной способ защиты инфантильного «Я», где мысли, желания или чувства, вызывающие тревогу, становятся бессознательными;
2. отрицание — защита, при которой личность отрицает некоторые фрустрирующие импульсы, или отрицает самое себя;
3. замещение или «смещение» — где происходит разрядка подавляемых эмоций (например, гнев);
4. компенсация — проявляется в замене своего недостатка другим качеством, то есть присвоении себе характеристик, свойств другой личности;
5. реактивное образование — преувеличение противоположных стремлений (гиперкомпенсация);
6. проекция — локализация своих чувств вовне, то есть приписывание другим людям для оправдания себя;
7. интеллектуализация (рационализация) — защита, путем снижения значимости для себя и других причин, вызвавших конфликт;
8. регрессия — механизм, при котором личность, стремясь избежать тревоги, переходит в своем поведении на более раннюю ступень развития.

Проверка содержательной валидности шкал теста осуществлялась с помощью экспертных оценок. С этой целью из расширенной 145-ти стимульной версии было предложено оценивать 4 экспертам-психологам из МПГУ и МГУ. Экспертов просили проранжировать стимульные утверждения из 8 шкал по степени соответствия именно этим шкалам (защитам). Предлагалась рейтинговая шкала из 4 пунктов, от 0 — «ни в малейшей степени» до 3 — «абсолютное соответствие». Был получен средний рейтинг для каждого утверждения каждой шкалы, который, наряду с результатами кластерного

анализа, учитывался при отборе заданий, вошедших в окончательную адаптированную версию опросника [77].

Надежность результатов применения методики ИЖС по результатам тестирования здоровых испытуемых достигает 97% [76]. Проверка ретестовой надежности с помощью повторного исследования 120 респондентов–подростков с интервалом в 1 месяц показала удовлетворительную надежность 6 шкал теста и низкие показатели ретестовой надежности по шкалам компенсации и проекции [77].

Опросник «Способы совладающего поведения» (Лазаруса, адаптирована Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой в 2004 году; стандартизация: НИПНИ им. Бехетерева)

Методика предназначена для определения копинг-механизмов, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности. Задача совладания с негативными жизненными обстоятельствами состоит в том, чтобы либо преодолеть трудности, либо уменьшить их отрицательные последствия, либо избежать этих трудностей, либо вытерпеть их. Можно определить совладающее поведение как целенаправленное социальное поведение, позволяющее справиться с трудной жизненной ситуацией (или стрессом) способами.

Эффективность той или иной стратегии зависит от особенностей актуальной ситуации и имеющихся личностных ресурсов, поэтому говорить об адаптивности/дезадаптивности отдельных копинг-стратегий некорректно. Стратегии, эффективные в одной ситуации, могут быть неэффективными и даже приносить вред – в другой.

Опросник состоит из 50 утверждений, объединенных в 8 субшкал. Утверждения оцениваются испытуемым по 4-балльной шкале в зависимости от частоты использования предложенной стратегии поведения (никогда, редко,

иногда, часто). Восемь субшкал соответствуют основным видам копинг-стратегиям:

1. конфронтация — разрешение проблемы за счет не всегда целенаправленного поведения, по изменению ситуации, сколько на отреагирование негативных эмоций;

2. дистанцирование — разрешение проблемы за счет снижения значимости ситуации, либо вовлеченности в нее;

3. самоконтроль — разрешение проблемы за счет подавления и сдерживания эмоций;

4. поиск социальной поддержки — разрешение проблемы за счет привлечения внешних (социальных) ресурсов;

5. принятие ответственности — разрешение проблемы за счет принятия участия своей роли в ее возникновении и взятии на себя ответственности по ее разрешению, часто сопровождается самообвинением;

6. бегство-избегание — разрешение проблемы за счет реагирования по типу отрицания проблемы, уклонения от нее;

7. планирование разрешение проблемы — разрешение проблемы за счет целенаправленного анализа ситуации, планировании ее решении на основании прошлого опыта;

8. положительная переоценка — разрешение проблемы за счет переосмысления проблемы как стимула для личностного роста.

Для оценки психометрических характеристик методики была исследована ее ретестовая надежность. Экспериментальную группу составили 100 человек в возрасте от 15 до 58 лет (36 мужчин, 64 женщины). Методика применялась дважды с интервалом в 1 месяц. Коэффициент корреляции между результатами первого и второго обследования составил 0,84, что свидетельствует об адекватной надежности методики. Содержательная и конструктивная валидность методики теоретическая: она обеспечивается соответствием инструмента

концептуальным и эмпирическими разработками авторов, а также современному пониманию содержания понятия копинга. Корректная же оценка критериальной валидности опросника является затруднительной ввиду специфики изучаемого явления, поэтому специальные исследования для ее определения не проводились [80].

Опросник утверждений о самоповреждениях ISAS (Е. David Klonsky, в адаптация Адлера А.Е.) [79]

Опросник утверждений о самоповреждениях (Inventory of Statements about Self-injury, ISAS) разработан одним из крупнейших специалистов в области изучения проблемы Е. David Klonsky и состоит из двух разделов. Первый раздел содержит вопросы о способах самоповреждения, в каких ситуациях оно наблюдалось; вопрос о наиболее характерном для индивида способе или способах самоповреждения. Представлены следующие способы самоповреждения: порезы, укусы, прижигания, вырезание на коже, защемления, вырывание волос, сильное расцарапывание, сильные удары или самоушибы, препятствование заживлению ран, растирание кожи о грубую поверхность, втыкание в себя игл, проглатывание опасных веществ и отдельное поле для указания других видов самоповреждения, не представленных в опроснике. Вопросы относительно возраста, в котором имел место первый эпизод самоповреждения и периоде, в который произошел последний эпизод. А также вопросы относительно того, как сам респондент относится к данным поведенческим реакциям.

Во втором разделе оцениваются опыт переживаний самоповреждений. Каждое утверждение может быть оценено респондентом по шкале от 0 до 2, где 0 означает «не актуально» для респондента совсем, 1 — «актуально в некоторой степени» для респондента и 2 — «очень актуально» для респондента. Полученные баллы суммируются по следующим шкалам мотивации самоповреждений:

1. Аффективная регуляция — самоповреждения являются способом преодоления негативных эмоций;
2. Межличностные границы — с помощью самоповреждений индивид старается установить границы между собой и другими людьми, продемонстрировать свою отделенность от них;
3. Самонаказание — самоповреждения являются способом наказать себя, выразить недовольство собой или отвращение к себе;
4. Забота о себе — нанесение повреждений позволяет сосредоточиться на последующим уходе за раной, который может быть проще, чем борьба с эмоциональным дистрессом и приносить удовлетворение;
5. Анти-диссоциация/генерация чувств — индивид использует боль как способ почувствовать хоть что-то, почувствовать себя живым, когда он не ощущает реальности происходящего с ним;
6. Предотвращение суицида — самоповреждения используются как способ справиться с мыслями о суициде, для того чтобы прекратить их, не совершая реальной попытки суицида;
7. Поиск новых ощущений — индивид наносит самоповреждения ради острых ощущений, переживания нового экстремального опыта;
8. Сплочение со сверстниками — индивид использует самоповреждения как способ сплочения со сверстниками, проявляет подобное поведение для того, чтобы соответствовать своему окружению;
9. Межличностное влияние — самоповреждения являются способом привлечь внимание к своей эмоциональной боли, получить помощь или заботу, предотвратить уход партнера в отношениях;
10. Значимость — индивид стремится доказать, что способен переносить физическую боль, показать свою силу;
11. Обозначение дистресса — выражения переживаемого индивидом дистресса, доказательством реальности его эмоциональной боли;

12. Мечь — своими действиями индивид стремится наказать других или причинить боль близкому человеку;

13. Автономи — самоповреждения уверенность в своей независимости и показать другим, что индивид не нуждается в чьей-то помощи.

Шкалы ISAS коррелировали с клиническими переменными и социальным контекстом не суицидального самоповреждения, который согласовывался с исследованиями и теорией и, таким образом, поддерживал валидность конструкции ISAS.

Только одна функциональная шкала показала потенциально удивительные свойства. Самопомощь (то есть самоповреждение с целью создания физической раны, о которой легче заботиться, чем об эмоциональном дистрессе), кажется, лучше подходит как внутриличностная, чем межличностная функция, но больше нагружает межличностный фактор. Примечательно, что его нагрузка на межличностный фактор составляла всего 0,41, что лишь немного выше, чем его нагрузка 0,33 на внутриличностной шкале. Поэтому в будущих исследованиях следует изучить вопрос о том, лучше ли рассматривать уход за собой как внутриличностную или межличностную функцию.

ISAS может быть полезен в исследованиях и клинических условиях, когда требуется тщательная оценка функций не суицидального самоповреждения. В будущих исследованиях необходимо устранить некоторые ограничения. Одним из ограничений является измерение клинических переменных (например, депрессии, тревожности, пограничного расстройства личности) с помощью опросников самооценки. В будущих исследованиях может потребоваться использовать структурированные интервью, разработанные для максимизации диагностической надежности и валидности. Также ограничением является то, что настоящее исследование не рассматривает клиническую применимость ISAS [78].

Для анализа мы использовали четыре модели самоповреждающего поведения, которые К. Саемото выделил на основе обобщения существующих подходов к самоповреждающему поведению:

1. Модель аффективной регуляции – функция самоповреждения регуляция аффекта и регуляция диссоциативного состояния;
2. Пограничная модель – функция самоповреждения сепарация и дифференциация первичной привязанности;
3. Модель влечения – функция самоповреждения антисуицидальная и контроль над сексуальными влечениями;
4. Модель влияния окружения – функция самоповреждения привлечение внимания со стороны окружающих [40].

На основании функций самоповреждающего поведения в каждой модели были выделены 4 соответствующие мотивировки.

Тест Розенцвейга. Методика рисуночной фрустрации. Взрослый вариант (модификация Н.В.Тарабриной)

Методика предназначена для исследования реакций на неудачу и способов выхода из ситуаций, препятствующих деятельности или удовлетворению потребностей личности.

Методика состоит из 24 схематических контурных рисунков, на котором изображены два человека или более, занятые еще незаконченным разговором. Ситуации, изображенные на рисунках, можно разделить на две основные группы. Ситуации «препятствия». В этих случаях какое-либо препятствие, персонаж или предмет обескураживает, сбивает с толку словом или еще каким-либо способом. Ситуации «обвинения». Субъект при этом служит объектом обвинения.

8 из 24 схематических рисунков были намеренно изменены нами на ситуации, связанные с темой питания и аутоагрессии:

- 8 – «твоя подруга пригласила меня сегодня в ресторан, сказала, что ты не пойдешь»
- 7 – «не слишком ли много вы заказали?»
- 6 – «согласно акции можно взять только 2 пирожных, а не 3»
- 12 – «если это не твой контейнер с едой, то вероятнее всего Петрова взяла твой»
- 16 – «вы не имели права оскорблять мое телосложение»
- 20 – «я хотела бы знать, почему она такая худая»
- 23 – «это тетя Наташа, она просит нас немного подождать, пока она не приедет со своими пирогами нам в дорогу»
- 20 (вместо 17) – «о, боже, у нее порезы на руках, ты видела?»

Во время проведения эксперимента рисунки предъявляются испытуемому, при этом реплика одного из персонажей на рисунке указана полностью, а испытуемый должен ответить за другого персонажа на эту реплику. Предполагается, что, «отвечая за другого», испытуемый легче и достовернее изложит свое мнение и проявит типичные для него реакции выхода из конфликтных ситуаций. Ответы респондентов оцениваются по двум критериям: направление реакции/агрессии (реакция может быть направлена на себя, на живое или неживое окружение, либо реакция в виде обвинения кого-либо вообще отсутствует) и тип реакции (фиксация на препятствии, фиксация на самозащите, фиксация на удовлетворении потребности разрешить конфликт). В результате интерпретации ответов респондентов можно сделать выводы о степени адаптивности их поведения к социальному окружению.

Будучи достаточно структурированной, направленной на определенную область поведения и обладая относительно объективной процедурой оценки, более доступна статистическому анализу, нежели большинство проективных методик. По имеющимся в зарубежной литературе данным, коэффициент надежности ретестовой составляет 0,60-0,80.

Достаточно высока валидность, например, по параметру экстрапунитивности, выявленному независимо по тематической апперцепции тесту, она составляет 0,747 [82].

Таким образом, эмпирическое исследование с целью выявления связи выраженности нарушения пищевого поведения с аутоагрессией проводилось в несколько этапов: подготовка к исследованию и выделение двух групп выборки, непосредственное проведение исследования, анализ и интерпретация полученных результатов. В процессе изучения исследовательского вопроса использовались такие инструменты, как русскоязычная версия опросника The Eating Disorder Inventory (EDI) (David M. Garner, 1983, в авторской адаптации), методика «Индекс жизненного стиля» (Р. Плутчик), опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса (адаптирована Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой в 2004 году), опросник утверждений о самоповреждениях ISAS (адаптация А.Е. Адлера) и тест Розенцвейга, методика рисуночной фрустрации, взрослый вариант (модификация Н.В.Тарабриной).

ГЛАВА 3. Результаты исследования и их обсуждение

3.1. Анализ данных по анкетной части методики EDI

Эмпирическое исследование было направлено на выявление связи выраженности нарушения пищевого поведения с аутоагрессией. Как было отмечено ранее, в исследовании приняло участие 68 девушек в возрасте от 16 до 30 лет с разным отношением к еде. При этом вес респондентов варьировался от 34 до 126 кг, таким образом, удалось включить в исследование девушек как с недостатком, так и с избытком в весе. Девушки также отвечали на вопрос о том, какой минимальный и максимальный вес у них когда-либо был.

На первом этапе исследования респондентам был задан вопрос о том, какого типа питания они придерживаются на данный момент. На рисунке 1 показано, как распределились ответы девушек.



Рис. 1. Типы питания респондентов

Анализ ответов респондентов показывает, что большинство из них предпочитает считать калории во время приема пищи, примерно такой же

процент участниц опроса, которые не придерживаются никаких диет или принципов питания, а едят все, что захотят и посчитают необходимым. Примерно одинаковое количество опрошенных в качестве одного или нескольких типов питания выбирают диеты (включая кето-диеты), отказ от вредных продуктов, интуитивное и осознанное питание, интервальное голодание, а также часть девушек устраивает детокс-дни. Небольшой процент участниц страдает обжорством, либо расстройствами пищевого поведения, например, булимией или компульсивным перееданием.

При этом на вопрос о том, считают ли девушки, что у них есть нарушения приема пищи или пищевого поведения, утвердительно ответили 48 человек (70,6 %), отрицательно – 20 участниц (29,4 %) соответственно. Среди тех, кто предполагает у себя наличие нарушений пищевого поведения, 12 человек (25,5 %) обращались за помощью к различным специалистам: психологу, психиатру, диетологу, гастроэнтерологу и др.

Поскольку в исследовании отсутствует клинический уровень НПП выборка была разделена на группы на квадранты: 1 группа расценивается как здоровые девушки, 2 группа – как со слабо выраженным синдромом, 3 группа – средне выраженным и 4 группа – как с сильно выраженным или заведомо с синдромом. Численное распределение получилось 12 / 22 / 17 / 17 соответственно, что говорит о недостоверности различий и позволяет проводить сравнительный анализ групп.

Данные о весе и росте респондентов позволили провести сопоставление ИМТ у девушек с субъективной и объективной оценкой наличия у них НПП. Анализ результатов показал достоверно значимые различия (хи-квадрат) между группами с разной субъективной оценкой наличия у себя НПП по ИМТ ($p=0,042$). И не показал достоверно значимых различий (хи-квадрат) между группами с разным уровнем выраженности НПП по ИМТ ($p=0,612$).

Девушки, которые сами отнесли себя к группе с наличием НПП, имеют все степени массы тела (недостаточную, нормальную и избыточную), где преобладает группа девушек с нормальным уровнем веса. Среди девушек, не отметивших у себя наличие НПП, есть девушки с недостаточной массой тела, но нет со 2 и 3 степенью ожирения, и мало с избыточной массой тела (рис. 2).

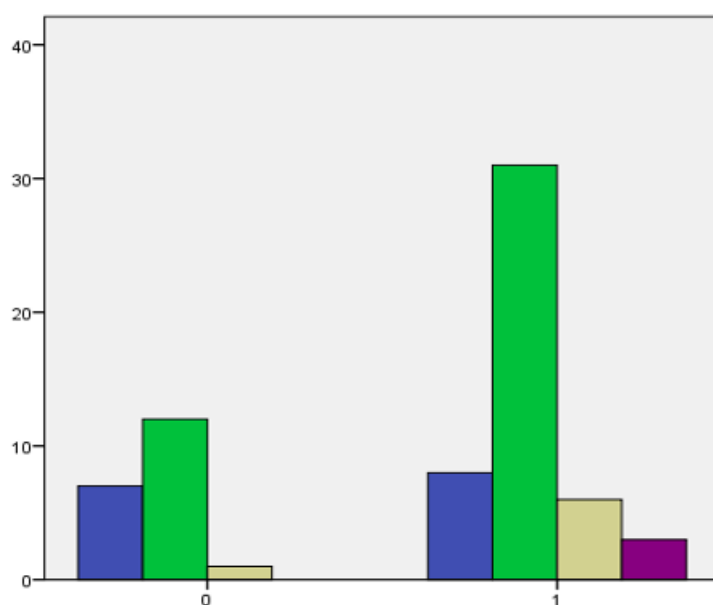


Рис. 2. Сопоставление ИМТ у девушек с разной субъективной оценкой наличия у себя НПП.

Примечание: 0 – не считают, что есть НПП; 1 – считают, что у них есть НПП. Синий – недостаточная масса тела; зеленый – нормальная масса тела; желтый – избыточная масса тела и 1 степень ожирения; фиолетовый – 2 и 3 степень ожирения.

У девушек с разной степенью выраженности НПП нормальный уровень массы тела есть и преобладает во всех группах выраженности НПП, в 4-й группе выраженности (группе риска) он выше, чем в 1-й (условно здоровой). Недостаточная масса тела также есть во всех группах выраженности НПП, а 2 и 3 степень ожирения отмечается со 2-й группы выраженности НПП (рис. 3).

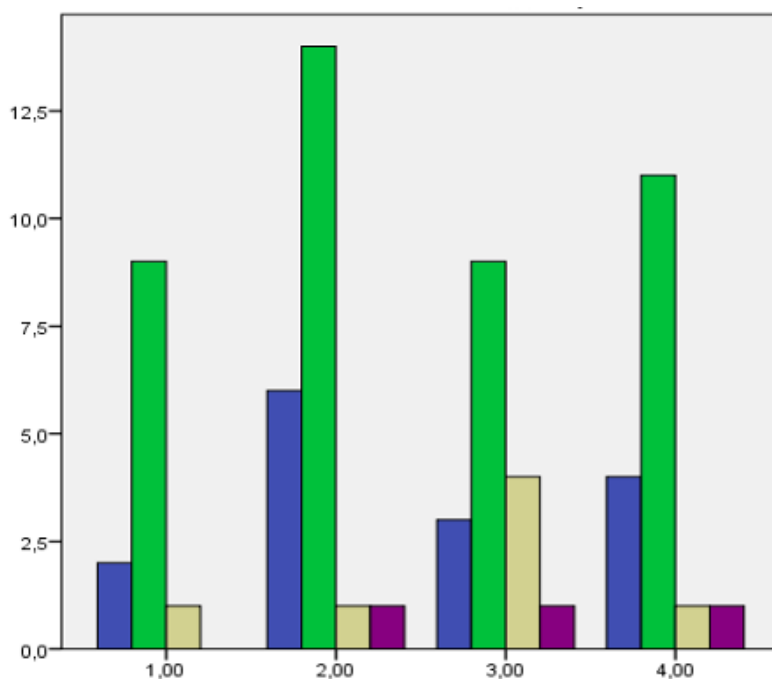


Рис. 3. Сопоставление ИМТ у девушек с разной степенью выраженности НПП

Примечание: 1 – условно здоровые; 2 – слабая выраженность; 3 – средняя выраженность; 4 – высокая выраженность НПП. Синий – недостаточная масса тела; зеленый – нормальная масса тела; желтый – избыточная масса тела и 1 степень ожирения; фиолетовый – 2 и 3 степень ожирения.

Таким образом, такой объективный показатель как ИМТ не является решающим фактором ни для субъективного отнесения себя к группе с наличием НПП, ни к объективно выделенным группам выраженности НПП поскольку девушки с нормальным уровнем веса везде занимают преобладающую роль.

3.2. Результаты первого этапа исследования

Целью первого этапа исследования было выявить связи выраженности нарушения пищевого поведения с защитными механизмами и копинговыми стратегиями. В результате было получено три вывода:

1. Были выделены 3 группы риска: анорексия (20 чел.), булимия (17 чел.) и орторексия (18 чел.). Поскольку деление производилось лишь на основе методики, которая не позволяет поставить клинический диагноз, часть респондентов попала в несколько групп риска одновременно. Для сравнения группы были разделены на квадранты по степени выраженности от условно здоровых до сильно выраженных симптомов. В первую группу квадранта при орторексии не попало ни одного человека из выборки, что может быть связано малым количеством вопросов на данный вид НПП, либо высокой тенденцией к подсчету калорий в еде;

2. Анализ механизмов защиты выявил следующие виды у группы высокой выраженности НПП: вытеснение, регрессия, замещение, проекция, компенсация, гиперкомпенсация. Анализ механизмов совладания выявил следующие виды у группы высокой выраженности НПП: принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения;

3. Механизмы защиты у разных видов нарушенного пищевого поведения не имели статистически значимые различия. Выделялась такая группа риска как «булимия» – у нее, в отличие от других, был выявлен механизм защиты «проекция», а также имелись особенности в «рационализации». В группе «булимии» имелись незначительные отличия и в копинг-стратегиях «социальная поддержка» и «принятие ответственности» в большую сторону. Копинг-стратегии отличались в группе риска – «орторексия». В ней наблюдался только один достоверно различающийся механизм совладания – «бегство-избегание», который чаще использовался, тогда как в группах «анорексии» и «булимии» значимо чаще встречались еще «принятие ответственности» и «положительная переоценка».

3.3. Результаты второго этапа исследования

3.3.1. Анализ самоповреждающего поведения у девушек с риском нарушенного пищевого поведения

Анализ результатов, полученных с помощью опросника утверждений о самоповреждениях ISAS показал достоверно значимые различия (хи-квадрат) между группами с разным уровнем выраженности НПП по интенсивности самоповреждающего поведения ($p=0,015$), а также длительности ($p=0,019$) и частоте симптоматики ($p=0,04$).

При анализе распределений частот повреждений по интенсивности в группах с разным уровнем нарушения пищевого поведения можно увидеть следующие тенденции. Интенсивность самоповреждений увеличивается по мере выраженности нарушенного пищевого поведения (см. рис. 4). То есть, у девушек с риском НПП более выраженные по интенсивности самоповреждения (укусы, порезы, проглатывание опасных веществ). Однако на всех уровнях выраженности нарушенного пищевого поведения есть те, кто не имеет самоповреждений совсем, и в группах риска НПП их меньше.

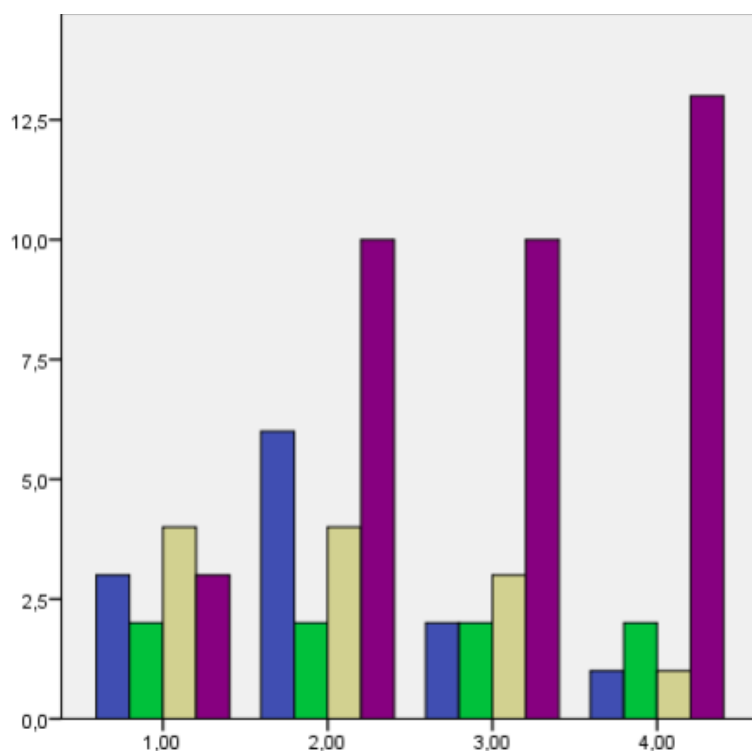


Рис. 4. Сопоставление интенсивности самоповреждающего поведения у девушек с разной степенью выраженности НПП

Примечание: 1 – условно здоровые; 2 – слабая выраженность; 3 – средняя выраженность; 4 – высокая выраженность НПП. Синий – отсутствие самоповреждений; зеленый – слабые (сдирание корочек); желтый – средние (удары, прижигания); фиолетовый – сильные самоповреждения (порезы, укусы)

При анализе распределений частот повреждений по длительности в группах с разным уровнем нарушения пищевого поведения можно увидеть тенденцию, что девушки с риском НПП чаще отмечали наличие опыта самоповреждения, которое началось в подростковом возрасте и продолжается до сих пор (см. рис. 5). Большинство девушек отмечали, что впервые нанесли себе повреждения в возрасте от 12 до 15 лет.

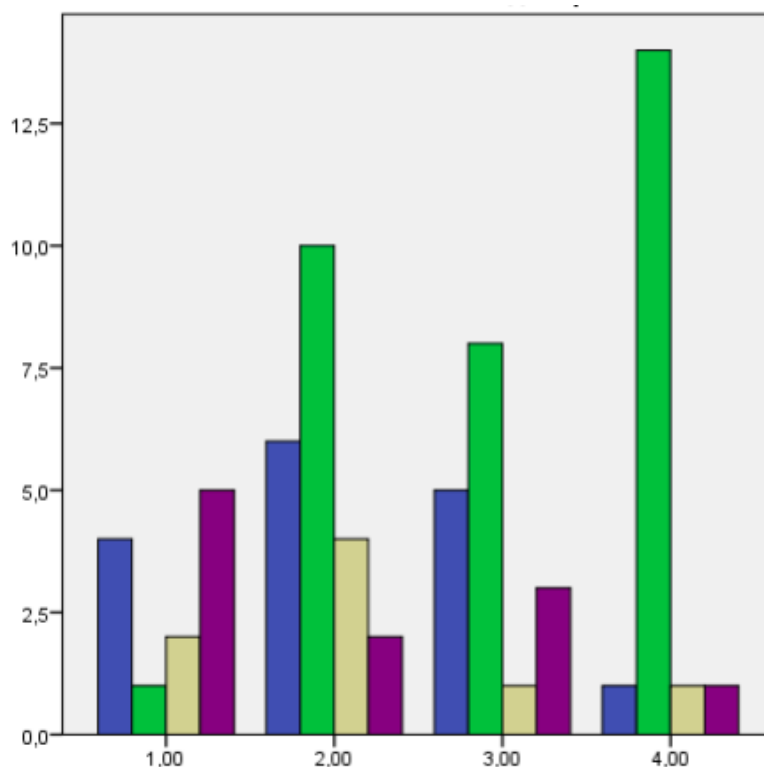


Рис. 5. Сопоставление длительности самоповреждающего поведения у девушек с разной степенью выраженности НПП

Примечание: 1 – условно здоровые; 2 – слабая выраженность; 3 – средняя выраженность; 4 – высокая выраженность НПП. Синий – отсутствие самоповреждений; зеленый – началось давно и продолжается сейчас; желтый – было в прошлом долго, сейчас нет; фиолетовый – был эпизод в прошлом.

При анализе распределений частот повреждений по частоте в группах с разным уровнем нарушения пищевого поведения можно проследить следующие тенденции. Частота самоповреждений увеличивается по мере выраженности нарушенного пищевого поведения (см. рис. 6).

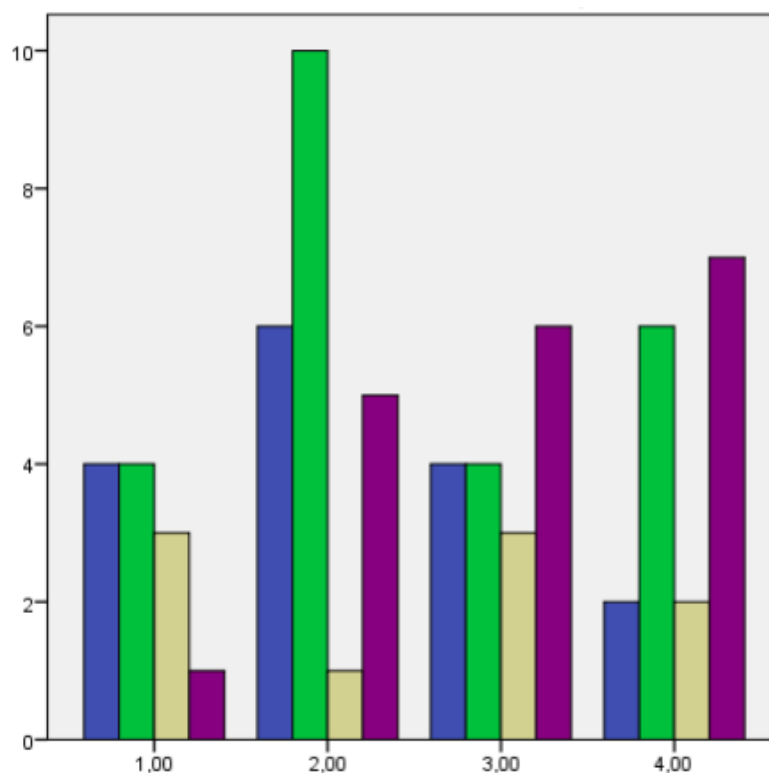


Рис. 6. Сопоставление частоты самоповреждающего поведения у девушек с разной степенью выраженности НПП

Примечание: 1 – условно здоровые; 2 – слабая выраженность; 3 – средняя выраженность; 4 – высокая выраженность НПП. Синий – отсутствие самоповреждений; зеленый – не часто; желтый – иногда; фиолетовый – часто.

Проверка гипотезы о связи выраженности НПП с аутоагрессией (самоповреждающим поведением). Корреляционный анализ показал связь на достоверно значимом уровне выраженности НПП с интенсивностью самоповреждающего поведения ($p=0,006$), и частотой симптоматики ($p=0,041$). Таким образом, девушкам с более выраженными проявлениями НПП характерны более частые и более интенсивные виды самоповреждений (см. приложение Л)

Анализ результатов, полученных с помощью опросника утверждений о самоповреждениях, показал достоверные различия (хи-квадрат) по группе синдромов у девушек с риском НПП: модель аффективной регуляции ($p=0,000$),

пограничная модель ($p=0,04$), модель влечения ($p=0,008$), модель влияния окружения ($p=0,001$).

При любой степени выраженности НПП присутствуют все модели самоповреждающего поведения. Наблюдается тенденция – чем больше выраженность нарушенного пищевого поведения, тем выше показатели наиболее актуальных мотивировок к самоповреждающему поведению, и эта закономерность носит линейный характер (см. рис. 7, 8, 9, 10). Это свидетельствует о том, что девушки, находящиеся в группе риска НПП, чаще прибегают к аутоагрессии, чем девушки вне группы риска НПП.

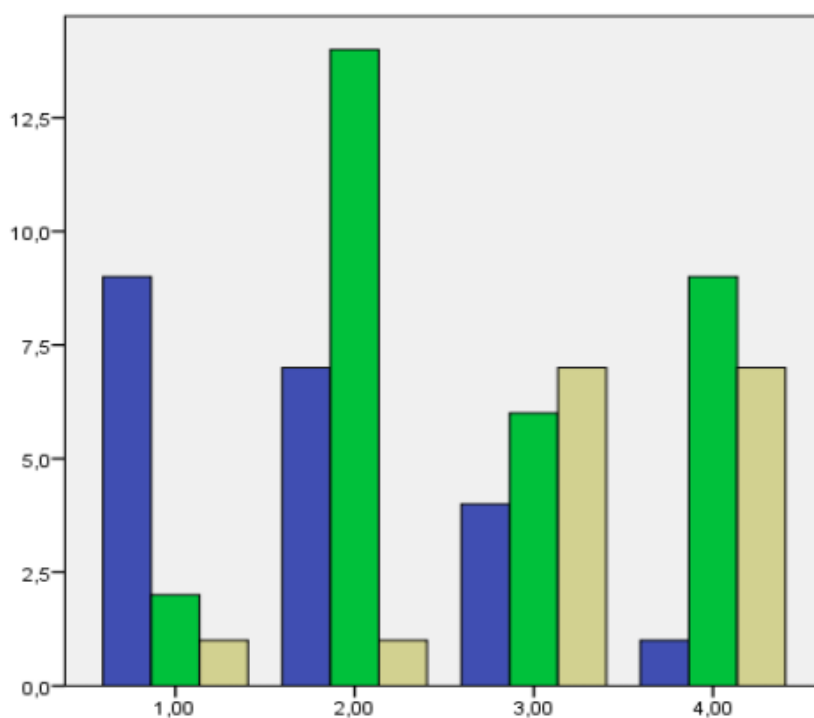


Рис. 7. Сопоставление средних отметок по модели аффективной регуляции у девушек с разной степенью выраженности НПП.

Примечание: 1 – условно здоровые; 2 – слабая выраженность; 3 – средняя выраженность; 4 – высокая выраженность НПП. Синий – «не актуально» отмечали; зеленый – «актуально в некоторой степени»; желтый – «актуально».

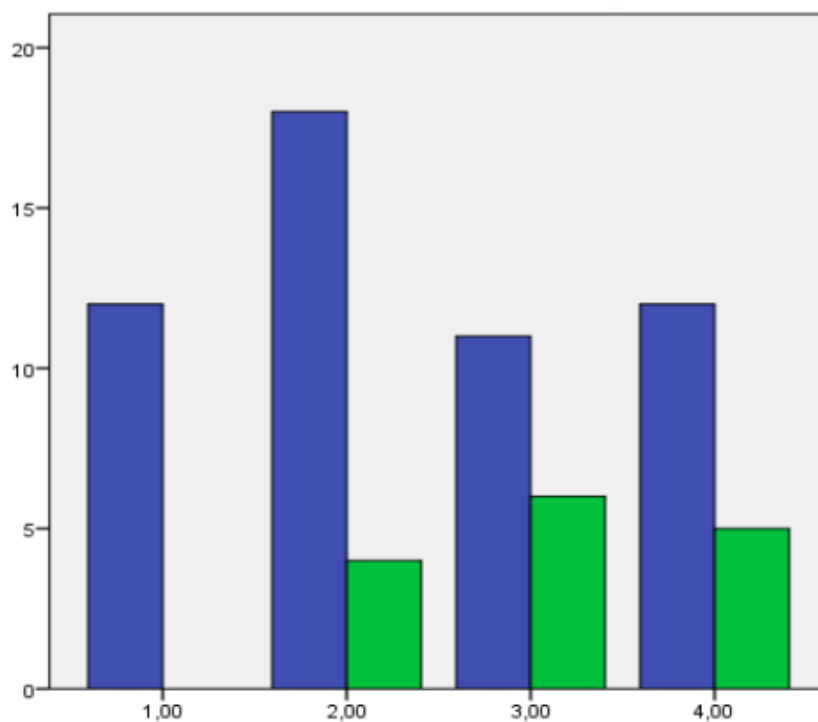


Рис. 8. Сопоставление средних отметок по пограничной модели у девушек с разной степенью выраженности НПП.

Примечание: 1 – условно здоровые; 2 – слабая выраженность; 3 – средняя выраженность; 4 – высокая выраженность НПП. Синий – «актуально в некоторой степени»; желтый – «актуально».

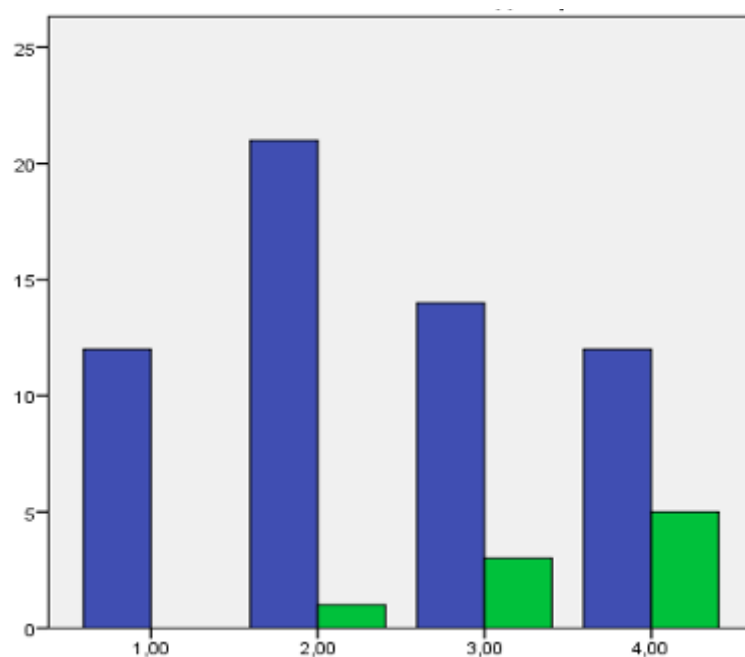


Рис. 9. Сопоставление средних отметок по модели влечения у девушек с разной степенью выраженности НПП.

Примечание: 1 – условно здоровые; 2 – слабая выраженность; 3 – средняя выраженность; 4 – высокая выраженность НПП. Синий – «актуально в некоторой степени»; желтый – «актуально».

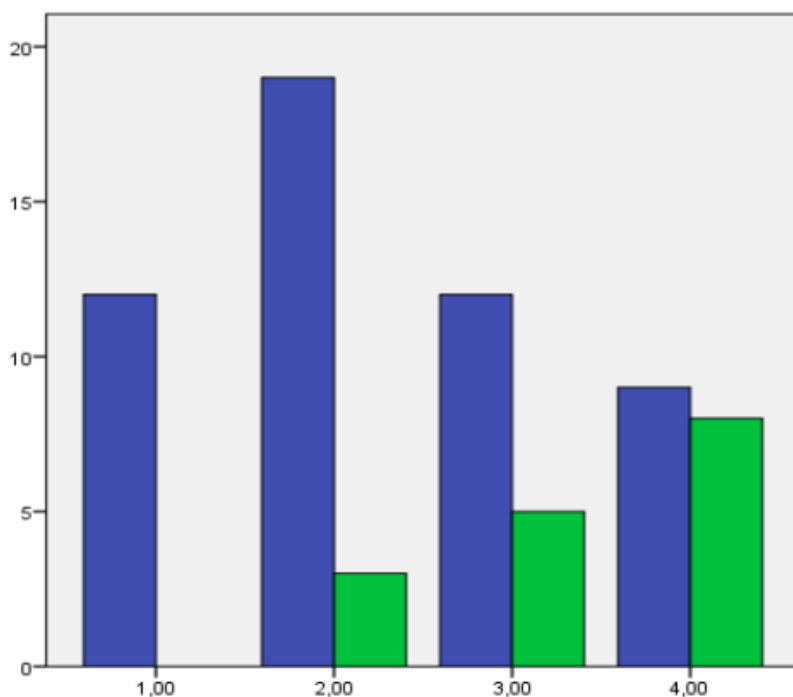


Рис. 10. Сопоставление средних отметок по модели влияния окружения у девушек с разной степенью выраженности НПП.

Примечание: 1 – условно здоровые; 2 – слабая выраженность; 3 – средняя выраженность; 4 – высокая выраженность НПП. Синий – «актуально в некоторой степени»; желтый – «актуально».

Дисперсионный анализ подтверждает достоверность различий между группами с разным уровнем НПП лишь у модели аффективной регуляции ($p=0,000$) и модели влияния окружения ($p=0,015$). Таким образом, для групп с высокой степенью выраженности НПП в большей степени характерны самоповреждения для регуляции эмоционального состояния и привлечения внимания.

Проверка гипотезы о связи выраженности НПП с синдромами самоповреждающего поведения подтвердила наличие такой связи. Корреляционный анализ показал связь уровня выраженности НПП и всеми синдромами самоповреждающего поведения ($p=0,000$) (см. приложение Л). Кроме того, корреляционный анализ выявил отрицательную связь на достоверно значимом уровне реакции во фрустрационных ситуациях «по интрапунитивной направленности» ($p=0,019$) и «модель влияния окружения» во всей выборке. Таким образом, чем больше проявляются реакции во фрустрационных ситуациях по интрапунитивной направленности, тем меньше используются самоповреждения с целью привлечь внимание.

3.3.2. Анализ направленности реакций в фрустрационных ситуациях у девушек с риском нарушенного пищевого поведения

Анализ результатов, полученных с помощью фрустрационного теста, показал достоверно значимые различия (с помощью дисперсионного анализа) реакций во фрустрационных ситуациях по интрапунитивной направленности ($p=0,033$) между группами с разным уровнем выраженности НПП (см. приложение Ж). Различия проверялись как по всем видам реакций, так и по направленности и типам. В случае реакции во фрустрационных ситуациях по интрапунитивной направленности видна положительная тенденция в направленности агрессивных реакций девушками на самих себя при нарастании выраженности НПП (рис. 11). Таким образом, чем больше степень выраженности НПП, тем больше девушки проявляют агрессивные реакции на самих себя во фрустрационных ситуациях.

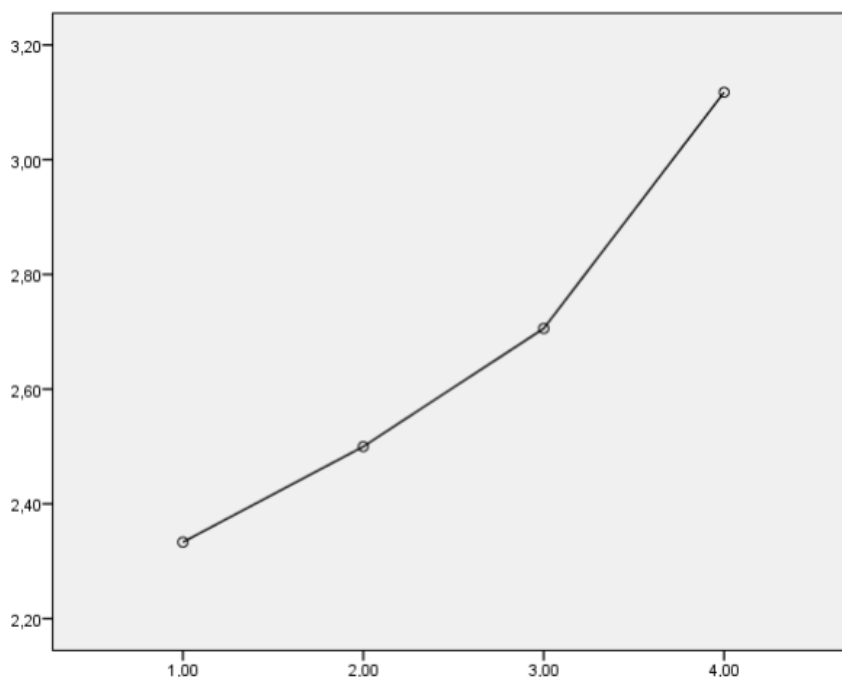


Рис. 11. Сопоставление средних показателей реакций во фрустрационных ситуациях «по интрапунитивной направленности» у девушек с разной степенью выраженности НПП.

Примечание: 1 – условно здоровые; 2 – слабая выраженность; 3 – средняя выраженность; 4 – высокая выраженность НПП.

В ходе исследования в тесте Розенцвейга 8 из 24 схематических рисунков были намеренно изменены нами на ситуации, связанные с темой питания и самоповреждениями. Предполагалось, что девушки с большей степенью выраженности НПП будут острее реагировать на провокационный контент, однако анализ результатов не показал достоверно значимых различий между реакциями на картинки с разным содержанием. Таким образом, девушки реагировали приблизительно одинаково на провокационный контент и на стандартные фрустрационные ситуации из теста.

Проверка гипотезы связи характерных для девушек с повышенным риском НПП реакций в ситуациях фрустрации (высокие показатели «интрапунитивные») с уровнем выраженности НПП не подтвердила наличие такой связи. Корреляционный анализ обнаружил тенденцию к связи «интрапунитивная направленность» и выраженности НПП ($p=0,056$) (см

приложение Л). Это свидетельствует о том, что связь реакций во фрустрационных ситуациях и выраженности проявляемых НПП не носит линейных характер (что подтвердил дисперсионный анализ, см. выше). Хотя при реакциях во фрустрационных ситуациях по интрапунитивной направленности видна положительная тенденция, которая может говорить о том, что чем больше степень выраженности НПП, тем больше девушки проявляют агрессивных реакций на самих себя во фрустрационных ситуациях.

Проверка гипотезы о связи реакции «интрапунитивная направленность» с самоповреждающим поведением подтвердила наличие лишь одной такой связи. Корреляционный анализ показал отрицательную связь на достоверно значимом уровне – связь реакции «по интрапунитивной направленности» с интенсивностью самоповреждающего поведения ($p=0,009$) (см. приложение Л). Таким образом, чем больше проявляются реакции во фрустрационных ситуациях по интрапунитивной направленности, тем меньше интенсивность самоповреждающего поведения.

3.3.3. Анализ соотношения типов реакций во фрустрационных ситуациях с механизмами защит, копинговыми стратегиями

Анализ результатов, полученных с помощью методики «Индекс жизненного стиля» (Р. Плутчик), показал достоверно значимые различия (с помощью дисперсионного анализа) между уровнями реакций «по интрапунитивной направленности» в ситуациях фрустрации по следующим механизмам защиты: регрессия ($p=0,003$), замещение ($p=0,000$), компенсация ($p=0,000$). И копинг-стратегии: конфронтация ($p=0,017$) (см. приложение К).

При реакции во фрустрационных ситуациях по интрапунитивной направленности наблюдается V-образный график в механизмах защиты «регрессия» и «замещение», где девушки из 2-ой группы выраженности (слабой) этой реакции меньше используют данные механизмы защиты, а 4-я

группа выраженности реакции (высокая) больше всего (рис. 18, 19). Это свидетельствует о том, что девушкам, имеющим более высокие показатели реакции «интрапунитивная направленность», характерно использование механизма защиты «регрессия» и «замещение» в меньшей степени, чем девушкам при слабой выраженности этой реакции.

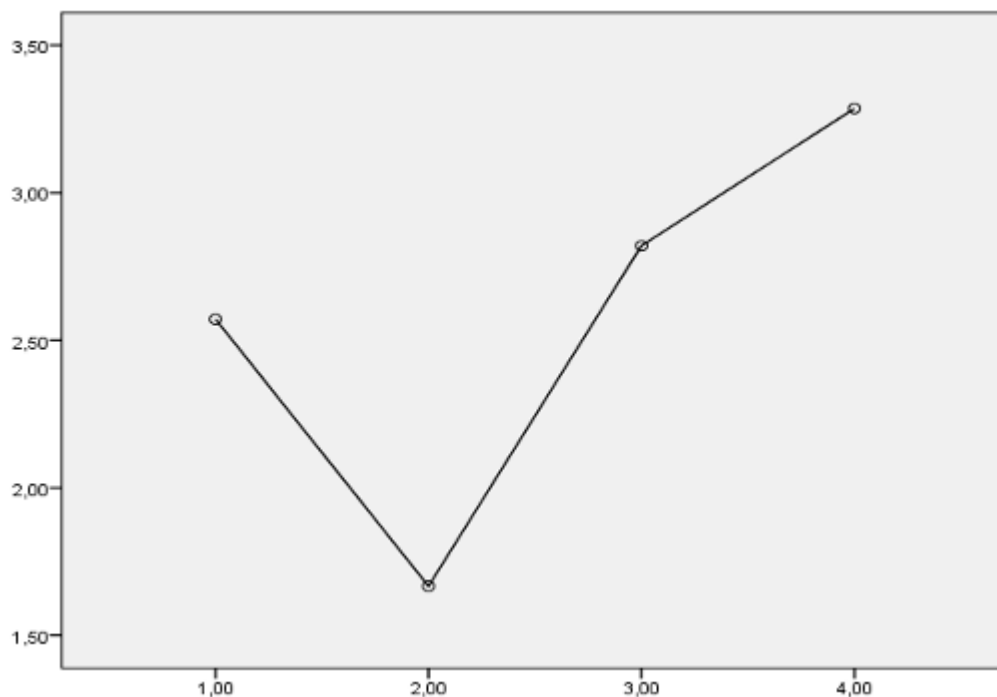


Рис. 18. Сопоставление степеней выраженности механизма защиты «регрессия» при разном уровне выраженности реакции «интрапунитивная направленность» во фрустрационных ситуациях.

Примечание: 1 – низкий уровень; 2 – слабая уровень; 3 – средний уровень; 4 – высокий уровень выраженности реакций.

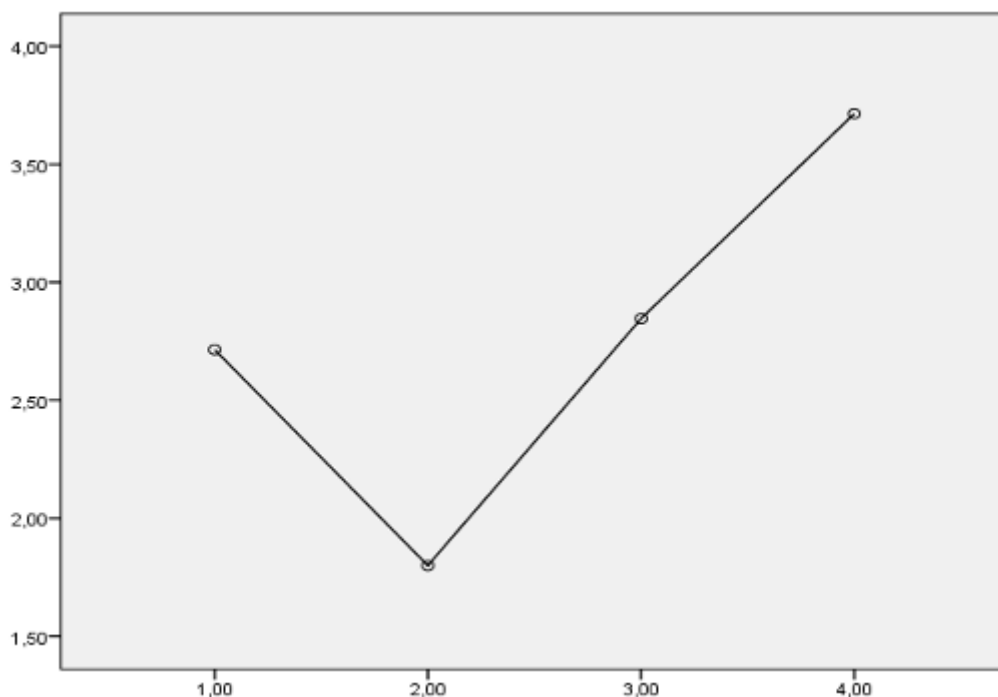


Рис. 19. Сопоставление степеней выраженности механизма защиты «замещение» при разном уровне выраженности реакции «интрапунитивная направленность» во фрустрационных ситуациях.

Примечание: 1 – низкий уровень; 2 – слабая уровень; 3 – средний уровень; 4 – высокий уровень выраженности реакций.

В случае механизма защиты «компенсация» наблюдается положительная тенденция в 3 и 4-й группе выраженности реакции «интрапунитивная направленность» (средняя и высокая выраженность) (рис. 20). Это свидетельствует о том, что девушкам, имеющим более высокие показатели реакции «интрапунитивная направленность», характерно использование механизма защиты «компенсация» в большей степени, чем девушкам при менее выраженных проявлениях этой реакции.

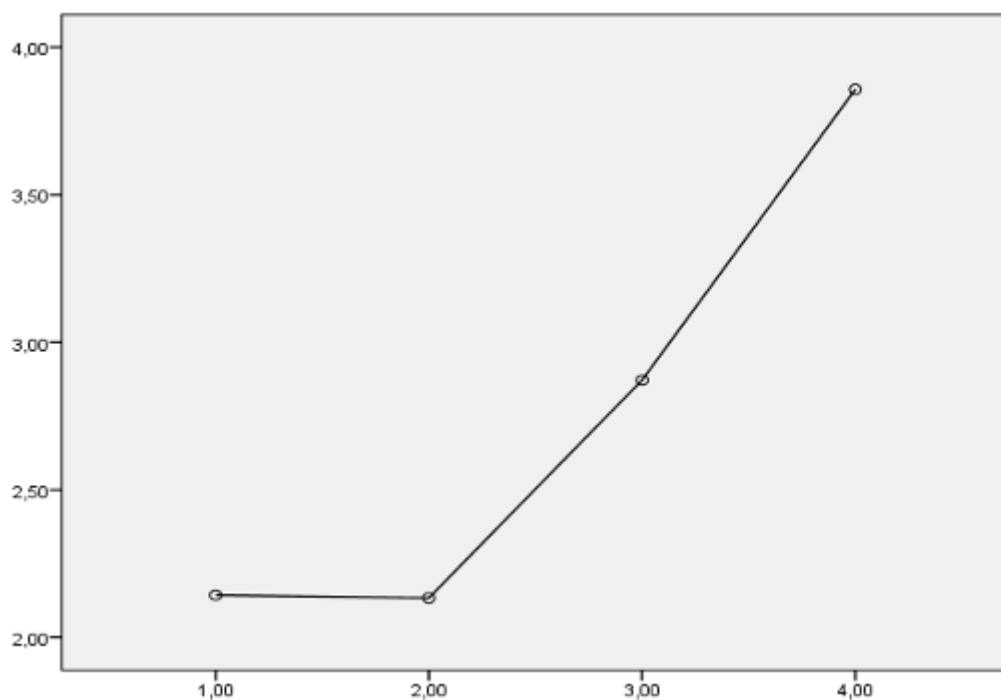


Рис. 20. Сопоставление степеней выраженности механизма защиты «компенсация» при разном уровне выраженности реакции «интрапунитивная направленность» во фрустрационных ситуациях.

Примечание: 1 – низкий уровень; 2 – слабая уровень; 3 – средний уровень; 4 – высокий уровень выраженности реакций.

При копинг-стратегии «конфронтация» наблюдается также положительная тенденция при нарастании выраженности реакции «интрапунитивная направленность» (рис. 21). Таким образом, девушкам, имеющим более высокие показатели реакции «интрапунитивная направленность», характерно использование копинг-стратегия «конфронтация» в большей степени, чем девушкам при менее выраженных проявлениях этой реакции.

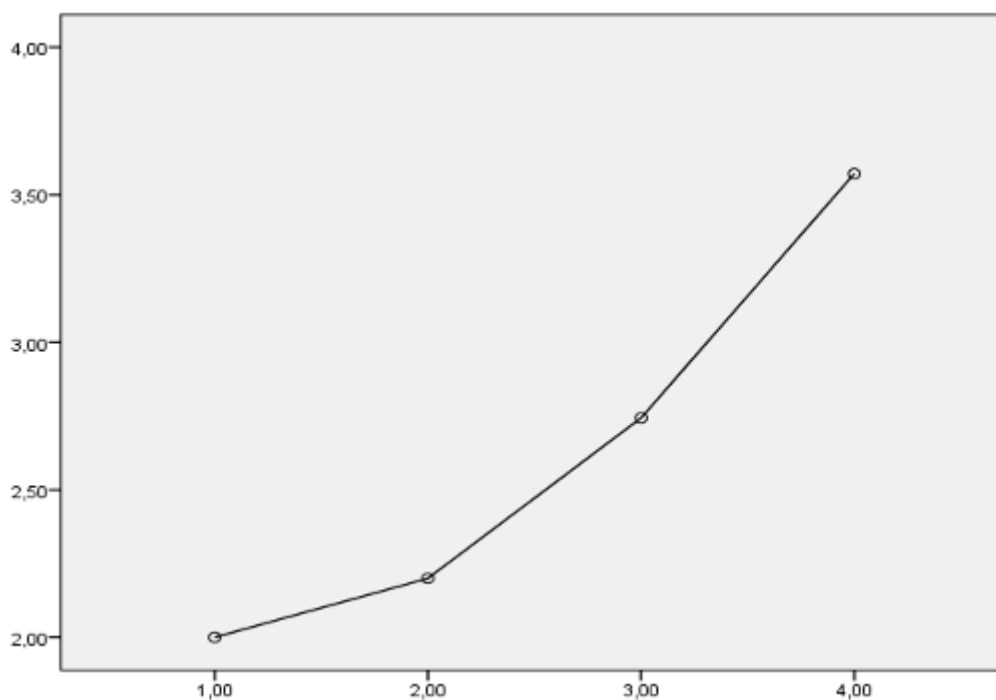


Рис. 21. Сопоставление степеней выраженности копинг-стратегия «конфронтация» при разном уровне выраженности реакции «интрапунитивная направленность» во фрустрационных ситуациях.

Примечание: 1 – низкий уровень; 2 – слабая уровень; 3 – средний уровень; 4 – высокий уровень выраженности реакций.

Все остальные механизмы защиты и копинг-стратегии имеют положительную тенденцию или V-образные графики при нарастании выраженности реакции «интрапунитивная направленность», кроме таких копинг-стратегий как «поиск социальной поддержки» и «планирование решения проблем», которые носят зигзагообразный характер (рис. 22, 23). Таким образом, чем больше у девушек степень выраженности этой реакции, тем больше используются оставшиеся механизмы защиты. И тем в большей степени применяются копинговые стратегии, кроме таких, как «поиск социальной поддержки» и «планирование решения проблем».

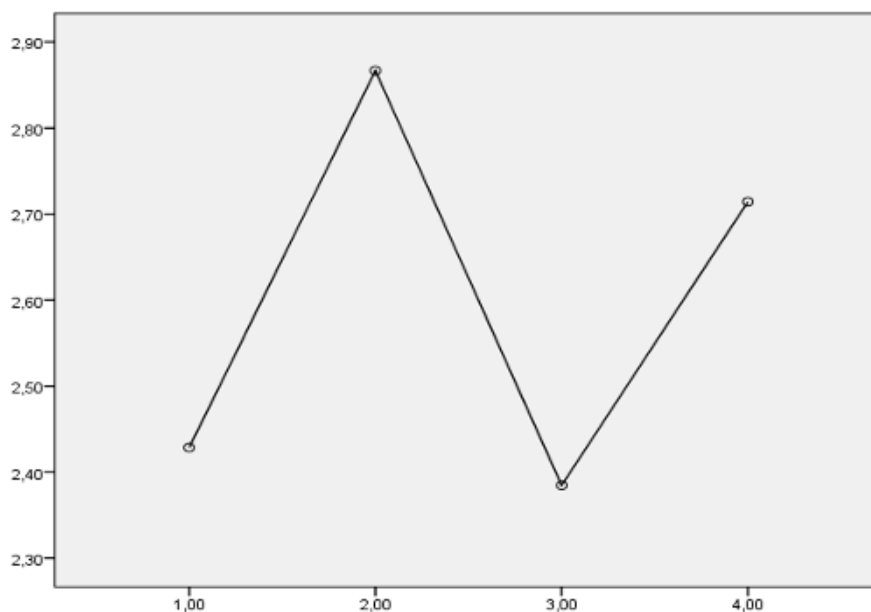


Рис. 22. Сопоставление степеней выраженности копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» при разном уровне выраженности реакции «интрапунитивная направленность» во фрустрационных ситуациях.

Примечание: 1 – низкий уровень; 2 – слабая уровень; 3 – средний уровень; 4 – высокий уровень выраженности реакций.

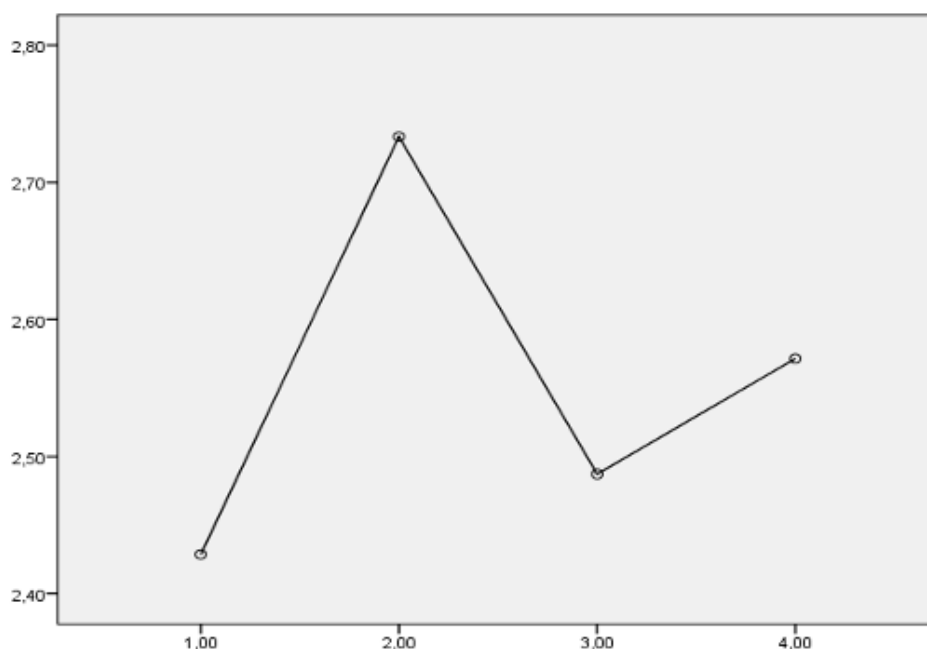


Рис. 23. Сопоставление степеней выраженности копинг-стратегии «планирование решения проблемы» при разном уровне выраженности реакции «интрапунитивная направленность» во фрустрационных ситуациях.

Примечание: 1 – низкий уровень; 2 – слабая уровень; 3 – средний уровень; 4 – высокий уровень выраженности реакций.

3.4. Обсуждение результатов

Более половины выборки (61% респондентов) предпочитает контроль своего пищевого поведения (подсчет калорий, диеты, детокс-дни и др.), и 39% участниц опроса не придерживаются никаких диет или принципов питания, а едят все, что захотят и считают необходимым. В соответствии с этим 70,6 % девушек ответили положительно на вопрос, есть ли у них нарушения пищевого поведения, по их мнению, а 29,4% ответили отрицательно. Обнаружено, что субъективные оценки наличия проблем в пищевом поведении в большинстве случаев соответствуют показателям изучения НПП с помощью специального опросника. Девушки, считающие себя больными, показали большее количество симптомов НПП, выявленных тестом. Однако часть респондентов имеющие НПП по объективным показателям не отнесли себя к группе с расстройством пищевого поведения. Можно предположить, что на оценку своих проблем, связанных с НПП, влияют механизмы защиты и копинги. Это подтверждается и тем, что только четверть девушек с проблемами НПП обращаются за помощью к каким-либо специалистам (12 человек – 25,5 %).

Индекс массы тела (ИМТ) показал, что как среди девушек, которые сами отнесли себя к группе с наличием НПП, так и среди выявленных психодиагностическим опросником 3 и 4–й степени выраженности НПП (группам риска), преобладает нормальная масса тела. Таким образом, ИМТ является важным показателем для лечения ожирения, но не для лечения НПП.

Девушкам с высокой выраженностью НПП характерно чаще прибегать к более интенсивным самоповреждениям, таким как укусы, порезы, прижигания, и делают это с большей частотой, чем девушки с меньшей проявленностью выраженности НПП. Также девушкам с высокой степенью выраженности

характерна длительная продолжительность самоповреждающего поведения, как правило с 12–15 лет по настоящее время. Согласно литературным данным, у девушек с НПП в большей степени накапливается внутреннее напряжение, в попытке справиться с которым применяется аутоагрессия и, чем оно больше, тем в большей степени и частоте девушки прибегают к самоповреждающему поведению. Как начало проблем связанных с НПП, так и начало первых самоповреждающих актов чаще отмечается в промежуток подросткового возраста (11-15 лет), который является сензитивным для формирования психологической культуры личности. Так, деструктивное разрешение внутриличностного конфликта может приобрести устойчивый характер, на что стоит обратить внимание.

Среди мотивировок для групп с высокой степенью выраженности НПП в большей степени характерны самоповреждения с целью регуляции «эмоционального и диссоциативного состояния», а также «привлечения внимания». Качественный анализ результатов мотивировок показал, что девушки с риском НПП отмечают актуальность для себя таких утверждений как: «Когда я самоповреждаюсь, я... успокаиваю этим себя», «...причиняю себе боль, чтобы прекратить ощущение бесчувственности» и «...ищу внимания или помощи со стороны других», «...позволяю другим узнать о степени моей эмоциональной боли». Таким образом, самоповреждающее поведение у девушек с проявленной выраженностью НПП в большей степени направлено на прекращение деперсонализации, ощущения бесчувственности и увеличение поддержки со стороны / просьбы о помощи.

Исследование фрустрационных реакций показало, что для девушек с высокой выраженностью НПП характерны в большей степени реакции по интрапунитивной направленности во фрустрационных ситуациях. Это свидетельствует о том, что девушкам с высокой степенью выраженности НПП характерно принимать вину на себя или брать ответственность за исправление

ситуации («Ой, простите, пожалуйста. Я такая неуклюжая что-то сегодня. Я могу возместить ущерб. Понимаю, что память не купишь. Но хоть скрашу Вам этот день новой красивой вазой. Простите, пожалуйста, ещё раз»; «Как я могу вас оскорблять, если я ненавижу себя, я ни за что такое не сказала бы, вы идеальны»; «Какой кошмар... Я ужасный человек! Его надо навестить, я хочу извиниться»). Отрицательная корреляционная связь реакции «интрапунитивная направленность» с интенсивностью самоповреждающего поведения показала, что чем больше проявляется эта реакция, тем меньше интенсивность самоповреждающего поведения. Можно предположить, что это связано со снижением напряжения через когнитивное/вербальное самоуничижение и обвинении, и уже нет необходимости для физического проявления.

Корреляционная связь мотивировок самоповреждающего поведения и реакции во фрустрационной ситуации по интрапунитивной направленности показала, чем больше проявляются реакции «интрапунитивная направленность» (во всей выборке), тем меньше используются самоповреждения с целью привлечения внимания. Таким образом, по мере нарастания самообвинения, проявляющегося во фрустрационных ситуациях, снижается потребность в социальных контактах, и причинами нанесения себе повреждений являются внутренние проблемы, не связанные с нехваткой внимания со стороны окружения.

Девушкам, имеющим более высокие показатели реакции «интрапунитивной направленности», характерно чаще прибегать к следующим видам механизмов защиты: регрессия, замещение, компенсация. Данное сочетание защит указывает на детский тип мышления, перенаправление негативных чувств на самого себя, неполное выражение эмоций, а также неудовлетворенность собой. При этом им характер следующий копинг – «конфронтация», при котором происходит нерациональное отреагирование и не целенаправленная активность. Таким образом, механизмы защиты и копинговые стратегии, призванные сохранять внутренний психологический

гомеостаз, оказывают противоположный эффект у девушек в группе риска: уход от решения проблемы в детство; перенаправлении чувств не на другие объекты, а на себя ($\frac{2}{3}$ девушек из 3-й и 4-й групп выраженности НПП ответили положительно на утверждение: «Если кто-то меня отвергает, то у меня может появиться мысль о самоубийстве»); перенос постороннего негатива на себя; отсутствие работы с неудовлетворенной сферой и возврат к неудовлетворенности при срыве компенсации; наличие активности, но не достаточной для выхода напряжения.

Все это свидетельствует о том, что необходимо учитывать высокую вероятность аутоагрессивного поведения при профилактике / лечении НПП. Важности выявления девушек с риском НПП для предотвращения развития самоповреждающего поведения и суицидальных рисков.

ВЫВОДЫ

1. Ввиду отсутствия клинического уровня НПП выборка была разделена на группы по квадрантам: 1 группа расценивается как здоровые девушки, 2 группа – как со слабо выраженным синдромом, 3 группа – средне выраженным и 4 группа – как с сильно выраженным или заведомо с синдромом (группа риска).

2. Девушкам с высокой выраженностью НПП характерно чаще прибегать к более интенсивным самоповреждениям, таким как укусы, порезы, прижигания, и делают это с большей частотой, чем девушки с меньшей проявленностью выраженности НПП. Также им характерна длительная продолжительность самоповреждающего поведения, как правило начинается с 12-15 лет по настоящее время.

3. Девушкам с высоким уровнем выраженности НПП в большей степени характерны самоповреждения для регуляции эмоционального и диссоциативного состояния, а также привлечения внимания.

4. Исследование фрустрационных реакций показало, что девушки с высокой выраженностью НПП в большей степени реагируют по типу «интрапунитивная направленность».

5. Имеется взаимосвязь между степенью выраженности реакции «интрапунитивная направленность» и интенсивностью и мотивировками самоповреждающего поведения: чем больше проявляется эта реакция, тем меньше интенсивность самоповреждающего поведения, и тем меньше используются самоповреждения с целью привлечения внимания.

6. Исследование механизмов защиты и копингов показал, что при более высоких показателях реакции «интрапунитивная направленность», девушки в большей мере используют следующие виды механизмов защиты: регрессия, замещение, компенсация. Также чаще используют копинг-стратегию «конфронтация».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

РПП является одной из актуальных и сложных проблем современного общества, входит в перечень болезней по классификации МКБ-10 в раздел психических расстройств и расстройств поведения и насчитывает множество видов, к которым относятся следующие: нервная анорексия и нервная булимия, а также атипичные их проявления, поедание несъедобного, психогенная потеря аппетита, орторексия, неуточненные расстройства приема пищи. Распространенность несуйцидальных самоповреждений в течение жизни при нервной анорексии и нервной булимии составляет 22%. При помощи самоповреждений преодолеваются эмоциональные переживания, появляется краткосрочный положительный аффект, за счет которого происходит ослабление эмоционального напряжения. НПП с наличием самоповреждающего поведения имеет более тяжелые клинические проявления, чем без самоповреждающего поведения.

Наше исследование было направлено на изучение связи выраженности нарушения пищевого поведения с аутоагрессией. В исследовании приняло участие 68 девушек в возрасте от 16 до 30 лет с разным отношением к еде. Вес респондентов варьировался от 34 до 126 кг.

В результате проделанной работы, подтвердились выставленные нами гипотезы о взаимосвязи выраженности нарушенного пищевого поведения с аутоагрессией.

Гипотеза о наличии различий в аутоагрессии, проявляющейся в самоповреждающем поведении, и интрапунитивных реакциях среди девушек с разным уровнем нарушением пищевого поведения подтвердилась – они достоверно различаются по интенсивности, частоте, длительности и мотивировкам самоповреждающего поведения, а также по реакциям “интрапунитивная направленность” в ситуации фрустрации. В отношении

самоповреждающего поведения обнаружены следующие результаты: девушкам с высокой выраженностью НПП характерно чаще наносить себе более интенсивные самоповреждения (укусы, порезы, прижигания), и они делают это с большей частотой, чем девушки с меньшей проявленностью выраженности НПП. Также девушкам с высокой степенью выраженности характерна длительная продолжительность самоповреждающего поведения, как правило с 12–15 лет по настоящее время. В отношении фрустрационных реакций – девушки с высокой выраженностью НПП предрасположены в большей степени прибегать к реакции «интрапунитивная направленность».

Гипотеза о наличии связи между особенностями реагирования во фрустрации по интрапунитивной направленности и выраженностью и мотивировками самоповреждающего поведения подтвердилась. Чем больше проявляется эта реакция, тем меньше интенсивность самоповреждающего поведения, и тем меньше используются самоповреждения с целью привлечения внимания.

Гипотеза о различиях между разными уровнями проявлений реакций по интрапунитивной направленности в ситуации фрустрации и репертуарами используемых защитных механизмов и копингов и интенсивностями их проявления подтвердилась – девушки, имеющие более высокие показатели реакции «интрапунитивная направленность», характерны чаще прибегать к следующим видам механизмов защиты: регрессия, замещение, компенсация. Также чаще прибегают к копинг–стратегии «конфронтация».

Самоповреждающее поведение взаимосвязано с уровнем выраженности НПП. Именно поэтому дальнейшее изучение данной проблемы имеет огромное значение для лечения / профилактики НПП и для предотвращения у них развития самоповреждающего поведения и суицидальных рисков.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Автономова, Т.П. Проблема аутоагрессии человека в современной массовой культуре: теоретический и практический аспекты в исследовании // Гуманитарные ведомости ТГПУ им. Л. Н. Толстого. – 2014. – №2 (10). – С. 44-51.
2. Адлер А.Е. Взаимосвязь личностных характеристик с функциями и методами самоповреждения у индивидов с проявлениями не суицидального самоповреждающего поведения, ВКР. – Томск, 2017
3. Беда, К.И. Орторексия // Научное сообщество студентов. Сборник материалов XVII Международной студенческой научно-практической конференции. Редколлегия: О.Н. Широков [и др.]. – 2018. – С. 29-30.
4. Бронникова, С. Интуитивное питание: как перестать беспокоиться о еде и похудеть. – М.: Эксмо, 2015. – 432 с.
5. Будилова, В.А. Увлечение орторексией и её последствия / В.А. Будилова, А.С. Куныгина // Актуальные проблемы теоретической, экспериментальной, клинической медицины и фармации. материалы 52-й ежегодной Всероссийской конференции студентов и молодых ученых, посвященной 90-летию доктора медицинских наук, профессора, заслуженного деятеля науки РФ Павла Васильевича Дунаева. – 2018. – С. 51-52.
6. Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. Словарь-справочник по психологической диагностике. – Киев.: Наукова думка, 1989. – 165 с.
7. Васичева, А.Н. Интуитивное питание как метод коррекции пищевого поведения // Молодежь и системная модернизация страны. Сборник научных статей 4-й Международной научной конференции студентов и молодых ученых. – 2019. – С. 183-186.
8. Вассерман, Л.И. Избыточный вес тела как психосоматическая проблема в контексте психодинамической концепции личности / Л.И. Вассерман, Л.В. Святенко, Е.А. Трифонова // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. – 2009. – №3-2. – С. 186-195.

9. Вассерман, Л. И. и др. Методика для психологической диагностики способов совладания. – СПб.: НИПНИ им. Бехтерева, 2007
10. Вассерман, Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля / Пособие для психологов и врачей. – Санкт-Петербург, 2005. – 50 с.
11. Воронин, А.Н. Влияние социальной микросреды на проявления агрессивности / А.Н. Воронин, Е.В. Лучинина // Прикладная юридическая психология. – 2014. – № 2. – С. 18-30.
12. Воронин, А.Н. Дискриминантность вербальных и невербальных методов оценки агрессивности / А.Н. Воронин, Е.В. Лучинина // Экспериментальная психология. – 2011. – № 1. – Т. 4. – С. 85-99.
13. Гадельшина, Т.Г. Влияние психотерапевтического тренинга на пищевое поведение, копинг-стратегии и ситуативную тревожность у женщин с избыточной массой тела // Вестник ТГПУ. – 2015. – №3 (156). – С. 90-95.
14. Галкина, Е.А. Отклоняющееся поведение и аутоагрессия у несовершеннолетних с модификациями тела / Е.А. Галкина, А.В. Дегтярев // Психология и право – 2015. – Том. 5. – № 1. – С. 90-107.
15. Глушкова, К.Н. Булимия – чума 21 века / К.Н. Глушкова, Е.К. Егошина // XII Межрегиональная научно-практическая конференция «Здоровый образ жизни – веление времени». – 2017. – Вып. 5. – С. 68-75
16. Гузева, Л.Н. Феномен нервной орторексии: причины возникновения, симптоматика, последствия / Л.Н. Гузева, Е.Н. Ткач // Безопасность жизнедеятельности, физическая культура и спорт: современное состояние и перспективы. сборник научных трудов. – 2019. – С. 278-281.
17. Давыдова, Е.В. Психологические особенности личности при формировании и развитии аддиктивного пищевого поведения // Скиф. – 2018. – №10 (26). – С. 19-24.
18. Дурнева, М.Ю. Особенности использования копинг-стратегий у девушек с риском формирования нарушений пищевого поведения / М.Ю.

Дурнева, Т.А. Мешкова // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2014. – №4. – С. 25-34.

19. Дурнева М. Ю., Мешкова Т.А. Влияние социокультурных стандартов привлекательности на формирование отношения к телу и пищевого поведения у девушек подросткового и юношеского возраста. – М.: Психологическая наука и образование, 2013. – 246 с.

20. Иванова, Э.К. Интуитивное питание – антидиетический подход к пищевому поведению / Э.К. Иванова, Л.В. Лазарева, А.А. Пасюга, А.Д. Потапова, А.С. Волкова // Актуальные проблемы, современные тенденции развития физической культуры и спорта с учетом реализации национальных проектов. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Под научной редакцией Л.Б. Андрющенко, С.И. Филимоновой. – 2020. – С. 714-718.

21. Илич, М. Научный обзор исследований нервной анорексии в психологии здоровья // Концепт. – 2019. – №7. – С. 1-7.

22. Келина, М.Ю. Социокультурные факторы формирования неудовлетворенности телом и нарушений пищевого поведения // Вести Московского государственного лингвистического университета. – 2012. – Вып. 7 (640). – С. 158-165.

23. Кириллова, Д.С. Алекситимия как фактор нарушения пищевого поведения: анализ клинического случая / Д.С. Кириллова, Ю.О. Константинова // Коллекция гуманитарных исследований. – 2018. – №1 (10). – С. 71-79.

24. Ковалева, О.Л. Специфика копинг-стратегий девушек со склонностью к нарушению пищевого поведения / О.Л. Ковалева, Ю.П. Дервянко // Проблемы современного педагогического образования. – 2019. – №63 (4). – С. 324-330.

25. Коган Б.М. Системная взаимосвязь механизмов психологической защиты и личностных характеристик девушек с несуйцидальным

самоповреждающим поведением / Б. М. Коган, А. З. Дроздов // Системная психология и социология. – 2019. – № 2 (30). – С. 5-12.

26. Константинова, Ю.О. Особенности нарушений пищевого поведения в подростковом возрасте / Ю.О. Константинова, М.В. Зеленская // Коллекция гуманитарных исследований. – 2018. – №6 (15). – С. 49-61.

27. Конышев, В.А. Питание и регулирующие системы организма / М.: Медицина, 1985. – 223 с.

28. Кузьмина, И.М. Исследование психологических особенности лиц с нарушениями пищевого поведения // Скиф. – 2019. – №11 (39). – С. 48-54

29. Малкина-Пых, И.Г. Терапия пищевого поведения : справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2007. – 1040 с.

30. Малюшина Ю. А. Профилактика и коррекция аутоагрессивного поведения : учебное пособие / сост. Ю. А. Малюшина, Е. В. Милюкова. – Курган : Изд-во Курганского гос. ун-та, 2017. – 72 с.

31. Матвеев, А.А. Репрезентация эмоций у больных нервной булимией // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2008. – №4. – С. 38-53.

32. Международная классификация болезней 10-го пересмотра [Электронный ресурс] // Официальный сайт. – Режим доступа : <https://mkb-10.com> (дата обращения: 14.10.2021).

33. Менделевич, В.Д. Психология девиантного поведения. Учебное пособие. – СПб.: Речь, 2005. – 445 с.

34. Менделевич, В.Д. Руководство по аддиктологии: монография. – СПб.: Речь, 2007. – 768 с.

35. Орешкина, А.С. Особенности копинг-поведения суицидальной личности // Социальная и клиническая психиатрия. – 2017. – №3. – С. 185-199.

36. Ожерельева, О.Н. Основы концепции интуитивного питания и его перспективы / О.Н. Ожерельева, А.Ф. Полосухина, Е.О. Асанов // Биотехнология и биомедицинская инженерия. сборник научных трудов по

материалам XI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Курский государственный медицинский университет. – 2018. – С. 120-121.

37. Пилягина, Г.Я. Аутоагрессия: биологическая целесообразность или психологический выбор? // Таврический журнал психиатрии. – 1999. – Т. 3. – № 3. – С. 24-27.

38. Поздняк, В.В. Самоповреждающее поведение как разновидность патологических стратегий преодоления расстройств пищевого поведения у подростков и молодых людей / В.В. Поздняк, Ю.В. Хуторянская, С.В. Гречаный // Медицина: теория и практика. – 2019. – №5. – С. 111-114.

39. Польская, Н.А. Взаимосвязь самооценки с самоповреждающим поведением // Изв. Сарат. ун-та Нов. сер. Сер. Философия. Психология. Педагогика. – 2010. – №3. – С. 92-97.

40. Польская Н. А. Предикторы и механизмы самоповреждающего поведения (по материалам исследований) // Психологический журнал. – 2009. –Т. 30. –№1. –С. 96–105.

41. Реан А.А. Психология личности // ООО Издательство «Питер», 2016, Мастера психологии. – 510 с.

42. Романова Е.С., Гребенников Л.Р. Механизмы психологической защиты: генезис, функционирование, диагностика. Мытищи: Издательство «Талант», 1996. –144 с.

43. Рудина, А.В. Аутоагрессивное поведение: подходы к определению феномена / А.В. Рудина, А.В. Лакреева // Вестник СМУС74. – 2018. – №1 (20). – С. 1-3.

44. Савенков, Ю.И. Избыточный вес – угроза здоровью. – Барнаул: Алт. Кн. Изд-во, 1985. – 72 с.

45. Савкина, Н.В. Осознанное питание как один из ключевых элементов здорового образа жизни / Н.В. Савкина, Э.В. Байрамов // Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности. Материалы VIII

Международной научно-практической конференции. Ответственный редактор Ю.Ю. Шурыгина. – 2019. – С. 214-217.

46. Сагалакова, О.А. Нарушения пищевого поведения в контексте страха оценивания: механизмы дисфункциональной компенсации социальной тревоги / О.А. Сагалакова, М.Л. Киселева // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. – 2014. – №36. – С. 187-195.

47. Скугаревский, О.А. Образ собственного тела: разработка инструмента для оценки / О.А. Скугаревский, С.В. Сивуха // Психологический журнал. – 2006. – № 2. – С. 40-48.

48. Смирнова, М.В. Исследование личностных предикторов самоповреждающего поведения в форме телесных модификаций / М.В. Смирнова, М.И. Марьин, Ю.Г. Касперович, М.В. Пастухова // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2020. – №2 (81). – С. 188-196.

49. Спизарский, Е.В. Патомимия как вид самоповреждающего поведения / Е.В. Спизарский, Е.Н. Иванченко // Омский психиатрический журнал. – 2015. – №3 (5). – С. 13-16

50. Фролова, Ю.Г. Социальные факторы формирования негативного образа тела / Ю.Г. Фролова, О.А. Скугаревский // Социология. – 2004. – №2. – С.61-68.

51. Цацулин, А.Н. Нервная орторексия – психическая болезнь XXI века или нарастающее стремление повысить качество собственной жизни? / А.Н. Цацулин, Б.А. Цацулин // Научные труды Северо-Западного института управления РАНХиГС. – 2019. – Т. 10. – № 2 (39). – С. 354-368.

52. Чуева, Е.Н. Особенности эмоционального состояния и внутрисемейных отношений девушек, склонных к ограничительному типу пищевого поведения // Вестник КРАУНЦ. Гуманитарные науки. – 2016. – № 2 (28). – С. 44-49.

53. Alexander, F. Psychosomatic medicine: Its principles and applications. – New York, 1950. – 226 p.

54. Arnold, S. Lifetime prevalence and clinical correlates of nonsuicidal self-injury in youth inpatients with eating disorders: a retrospective chart review / Arnold S., Wiese A., Zaid S. // *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. – 2022. – Volume 16. – Article 387.
55. Barnhart, W.R. Emotion regulation difficulties interact with negative, not positive, emotional eating to strengthen relationships with disordered eating: An exploratory study / W.R. Barnhart, A.L. Braden, E. Prise // *Appetite*. – 2020. – Volume 158 (Cover date: 1 March 2021). – Article 105038.
56. Bartel, S.J. Classification of Orthorexia Nervosa: Further evidence for placement within the eating disorders spectrum / S.J. Bartel, S.B. Sherry, S.H. Stewart // *Eating Behaviors*. – 2020. – Volume 38 (Cover date: August 2020). – Article 101406.
57. Carraca, E.V. Weight-Focused Physical Activity Is Associated with Poorer Eating Motivation Quality and Lower Intuitive Eating in Women / E.V. Carraca, S.L. Leong, C.C. Horwath // *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. – 2018. – Volume 119. – Issue 5 (Cover date: May 2019). – P. 750-759.
58. Douma, E.R. Developmental pathway of orthorexia nervosa: Factors contributing to progression from healthy eating to excessive preoccupation with healthy eating. Experiences of Dutch health professionals / E.R. Douma, M. Valente, E.V. Syurina // *Appetite*. – 2020. – Volume 158 (Cover date: 1 March 2021). – Article 105008.
59. DSM-IV-TR [Электронный ресурс] // National Library of Medicine. – Режим доступа : <https://www.nlm.nih.gov/research/umls/sourcereleasedocs/current/DSM4/index.html> (дата обращения: 14.10.2021).
60. Ellis, J.M. Comparing stigmatizing attitudes toward anorexia nervosa, binge-eating disorder, avoidant-restrictive food intake disorder, and subthreshold eating behaviors in college students / J.M. Ellis, J.H. Essayli, M.C. Whited // *Eating Behaviors*. – 2020. – Volume 39 (Cover date: December 2020). – Article 101443.

61. Garner, David M. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia / David M. Garner, Ph.D., Marion P. Olmstead, M.A., Janet Polivy, Ph.D. // Eating Disorder Inventory. – January 1984
62. Grider, H.S. The Influence of Mindful Eating and/or Intuitive Eating Approaches on Dietary Intake: A Systematic Review / H.S. Grider, S.M. Douglas, H.A. Raynor // Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics Available. – 3 December 2020.
63. Ioannidis, K. Eating disorders with over-exercise: A cross-sectional analysis of the mediational role of problematic usage of the internet in young people / K. Ioannidis, R.W. Hook, S.R. Chamberlain // Journal of Psychiatric Research. – 2020. – Volume 132 (Cover date: January 2021). – P. 215-222.
64. Jung-Hwan K., Sharron J. L. Mass Media and Self-Esteem, Body Image, and Eating Disorder Tendencies // Clothing and Textiles Research Journal. – 2007. – № 25. – P. 3–23.
65. Keirns, N.G. The relationship between intuitive eating and body image is moderated by measured body mass index / N.G. Keirns, M.A.W. Hawkins // Eating Behaviors. – 2019. – Volume 33 (Cover date: April 2019) – P. 91-96.
66. Kerin, J.L. Intuitive, mindful, emotional, external and regulatory eating behaviours and beliefs: An investigation of the core components / J.L. Kerin, H.J. Webb, M.J. Zimmer-Gembeck // Appetite. – 2018. – Volume 132 (Cover date: 1 January 2019). – P. 139-146.
67. Klonsky E.D., Glenn C.G. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). // Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2009 Vol. 31 P. 215-219.
68. Kristeller, J.L. Mindfulness-based approaches to eating disorders // ... ruth quillian-wolever, in Mindfulness-Based Treatment Approaches, 2006

69. Linardon, J. Rigid dietary control, flexible dietary control, and intuitive eating: Evidence for their differential relationship to disordered eating and body image concerns / J. Linardon, S. Mitchell // *Eating Behaviors*. – 2017. – Volume 26 (Cover date: August 2017). – P. 16-22.
70. MacNeil, L. The effects of avoidance coping and coping self-efficacy on eating disorder attitudes and behaviors: A stress-diathesis model / L. MacNeil. Ch. Esposito-Smythers, J. Weismore // *Eating Behaviors*. – 2012. – Volume 13. – Issue 4. – P. 293-296.
71. Miotto, P. Aggressiveness, anger, and hostility in eating disorders / P. Miotto, B. Pollini, An. Restaneo, G. Favaretto, An. Preti // *Comprehensive Psychiatry*. – 2008. – Volume 49. – Issue 4. – P. 364-373.
72. Mitchell, J.E. Bulimia Nervosa // ... J. Marino, in *Encyclopedia of Human Behavior (Second Edition)*, 2012.
73. Muehlenkamp, J.J. Emotional states preceding and following acts of non-suicidal self-injury in bulimia nervosa patients / J. Muehlenkamp, G. Scott, W.Andrea // *Behav Res Ther*. – 2009. – Volume 47 (1). – P. 83-87.
74. Pini, E. Defense mechanisms, personality disorders and eating disorders: a comparison / E. Pini, M. Caslini, M. Clerici // *European Psychiatry*. – 2013. – Volume 28, Supplement 1. – P. 1.
75. Pinkasavage, E. Social comparison, negative body image, and disordered eating behavior: The moderating role of coping style / E. Pinkasavage, D. Arigo, L.M. Schumacher // *Eating Behaviors*. – 2015. – Volume 16. – P. 72-77.
76. Richardson, C. The impact of the COVID-19 pandemic on help-seeking behaviors in individuals suffering from eating disorders and their caregivers / C. Richardson, M. Patton, G. Paslakis // *General Hospital Psychiatry*. – 2020. – Volume 67 (Cover date: November–December 2020). – P. 136-140.
77. Ruzanska, U.A. How is intuitive eating related to self-reported and laboratory food intake in middle-aged adults? / U.A. Ruzanska, P. Warschburger // *Eating Behaviors*. – 2020. – Volume 38 (Cover date: August 2020). – Article 101405.

78. Smith, J.M. Evaluation of the relationships between dietary restraint, emotional eating, and intuitive eating moderated by sex / J.M. Smith, K.N. Serier, J.E. Smith // *Appetite*. – 2020. – Volume 155 (Cover date: 1 December 2020). – Article 104817.
79. Strodl, E. A cross-country examination of emotional eating, restrained eating and intuitive eating: Measurement Invariance across eight countries / E. Strodl, Ch. Markey, M. Fuller-Tyszkiewicz // *Body Image*. – 2020. – Volume 35 (Cover date: December 2020). – P. 245-254.
80. Stutts, L.A. It's complicated: The relationship between orthorexia and weight/shape concerns, eating behaviors, and mood // *Eating Behaviors*. – 2020. – Volume 39 (Cover date: December 2020). – Article 101444.
81. Treasure, J. Eating disorders // *Medicine*. – 2020. – Volume 48. – Issue 11 (Cover date: November 2020). – P. 727-731.
82. Tylkaa, T.L. Is intuitive eating the same as flexible dietary control? Their links to each other and well-being could provide an answer / T.L. Tylkaa, R.M. Calogero // *Volume 95*. – 2015. – P. – 166-175.
83. Walker-Swanton, F.E. Perceived need for treatment associated with orthorexia nervosa symptoms / F.E. Walker-Swanton, Ph. Hay, J.E. Conti // *Eating Behaviors*. – 2020. – Volume 38 (Cover date: August 2020). – Article 101415.
84. Weaver L. MD, PhD, Alix Timko PhD, in *Complex Disorders in Pediatric Psychiatry*, 2018.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Русскоязычная версия опросника The Eating Disorder Inventory (EDI)
(David M. Garner, 1983, в авторской адаптации)

1. Ваш возраст
2. Ваш пол
3. Ваш вес
4. Ваш рост
5. Тип питания, которого придерживаетесь (диета, правильное питание, детокс дни, подсчет калорий, интуитивное питание, др)
6. Ваш максимальный вес и в каком возрасте
7. Ваш минимальный вес и в каком возрасте
8. Как долго держится ваш нынешний вес
9. Какой ваш идеальный вес, по-вашему мнению
10. В каком возрасте начались проблемы с весом
11. По вашему мнению, у вас есть нарушения пищевого поведения
12. Обращались ли вы к специалисту, если подозреваете у себя нарушения пищевого поведения

Инструкция: Эта шкала измеряет различные предпочтения, ощущения и поведение. Некоторые пункты имеют отношение к еде и продуктам питания. Другие касаются ваших личных ощущений в отношении себя. Не существует правильных или неправильных ответов. Постарайтесь быть полностью искренними в своих ответах. Результаты строго конфиденциальны. Прочтите вопросы и отметьте насколько свойственно вам каждое утверждение (всегда/обычно/часто/иногда/редко/никогда)

1. я ем конфеты и углеводы без страха растолстеть
2. я считаю, что мой живот слишком большой
3. я хочу питаться как в детстве, не боюсь поправиться
4. я ем, когда нервничаю или расстроен
5. я объедаюсь (перебарщиваю с едой)
6. я хочу вернуться в детство
7. я думаю о диетах
8. мне страшно / я боюсь испытывать сильные эмоции
9. я думаю, что мои бедра толстые
10. я чувствую себя бесполезной
11. я виню себя, когда съедаю лишнее
12. я считаю, что размер моего желудка в пределах нормы
13. в моей семье учитываются только высокие достижения

14. самое счастливый период в моей жизни - период, когда я была ребенком
15. я выражаю свои эмоции открыто, без стеснения
16. я боюсь набрать вес
17. я доверяю другим людям
18. я ощущаю себя одиноко в этом мире
19. я довольна формой своего тела
20. я чувствую, что контролирую все в своей жизни
21. мне сложно понять, какие эмоции я испытываю
22. я бы предпочел быть взрослым, нежели ребенком
23. я легко общаюсь с другими людьми
24. я бы хотел быть кем-то другим
25. для меня вес играет огромное значение в жизни
26. я могу четко определить эмоции, которые я испытываю
27. я чувствую себя неполноценной
28. у меня были такие приемы пищи, когда я чувствовал, что не в силах остановиться
29. когда я был маленьким, я делал все, чтобы не разочаровать своих родителей или учителей
30. у меня довольно таки тесные отношения с людьми
31. мне нравится форма моих ягодичек
32. я озабочена желанием похудеть
33. я не понимаю, что происходит с моим внутренним состоянием
34. мне трудно выражать свои эмоции по отношению к другим людям
35. требования во взрослой жизни слишком высоки
36. когда я что-либо делаю, я должен быть лучше всех
37. я уверен в себе
38. я переживаю, что переела / переел
39. я рада, что я больше не ребенок
40. я не могу точно понять голоден я или нет
41. я низкого мнения о себе
42. я чувствую, что могу достигнуть собственные цели
43. мои родители ожидают от меня превосходства во всем
44. я беспокоюсь, что не смогу сдержать свои эмоции
45. я считаю, что мой живот слишком толстый
46. в присутствии других я ем мало / нормально, а когда они уходят ем еще / переедаю
47. я чувствую, когда я насытилась
48. мне кажется, люди счастливее всего в детстве
49. если я наберу хоть 500 гр, то боюсь, что не смогу остановиться и быстро располнею
50. я считаю себя достойным человеком
51. когда у меня негативное настроение, то я не знаю: грустно мне, страшно или я злюсь (не в силах различить)
52. я считаю, что должен сделать все идеально ил не начинать вообще
53. у меня возникают мысли вызвать рвоту, чтобы снизить вес
54. предпочитаю держать людей на определенной дистанции (мне не комфортно, если кто-то приближается слишком близко)

55. я считаю, что мои бедра нормального размера
56. я чувствую себя пустым внутри (эмоционально)
57. я могу с кем-нибудь обсудить свои мысли и чувства
58. самое лучшее время - время когда я стала взрослой
59. я думаю, что моя попа слишком толстая
60. у меня есть чувства, которые я не могу определить
61. я ем или пью тайком
62. я считаю, что мой талия нормального размера
63. у меня чрезвычайно высокие (амбициозные) цели
64. когда у меня снижено настроение, я боюсь, что начну есть
65. я считаю калории в еде
66. вы планируете свое меню на следующий день с учетом калорий
67. вы избегаете "вредных" продуктов
68. вы наказываете себя, если съели что-то запретное

Приложение Б

Методика «Индекс жизненного стиля» (Р.Плутчик)

Инструкция: Внимательно прочитайте приведенные ниже утверждения, описывающие чувства, поведение и реакции людей в определенных жизненных ситуациях, и если они имеют к Вам отношение, то отметьте соответствующие номера знаком «+».

1. Со мной ладить очень легко
2. Я сплю больше, чем большинство людей, которых я знаю
3. В моей жизни всегда был человек, на которого мне хотелось быть похожим
4. Если меня лечат, то я стараюсь узнать, какова цель каждого действия
5. Если я чего-то хочу, то не могу дождаться момента, когда мое желание сбудется
6. Я легко краснею
7. Одно из самых больших моих достоинств – это умение владеть собой
8. Иногда у меня появляется настойчивое желание пробить стену кулаком
9. Я легко выхожу из себя
10. Если меня в толпе кто-нибудь толкнет, то я готов его убить
11. Я редко запоминаю свои сны
12. Меня раздражают люди, которые командуют другими
13. Часто бываю не в своей тарелке
14. Я считаю себя исключительно справедливым человеком
15. Чем больше я приобретаю вещей, тем становлюсь счастливее
16. В своих мечтах я всегда в центре внимания окружающих
17. Меня расстраивает даже мысль о том, что мои домочадцы могут разгуливать дома без одежды
18. Мне говорят, что я хвастун
19. Если кто-то меня отвергает, то у меня может появиться мысль о самоубийстве
20. Почти все мною восхищаются
21. Бывает так, что я в гневе что-нибудь ломаю или бью
22. Меня очень раздражают люди, которые сплетничают

23. Я всегда обращаю внимание на лучшую сторону жизни
24. Я прикладываю много стараний и усилий, чтобы изменить свою внешность
25. Иногда мне хочется, чтобы атомная бомба уничтожила мир
26. Я человек, у которого нет предрассудков
27. Мне говорят, что я бываю излишне импульсивным
28. Меня раздражают люди, которые манерничают перед другими
29. Очень не люблю недоброжелательных людей
30. Я всегда стараюсь случайно кого-нибудь не обидеть
31. Я из тех, кто редко плачет
32. Пожалуй, я много курю
33. Мне очень трудно расставаться с тем, что мне принадлежит
34. Я плохо помню лица
35. Я иногда занимаюсь онанизмом
36. Я с трудом запоминаю новые фамилии
37. Если мне кто-нибудь мешает, то я его не ставлю в известность, а жалуюсь на него другому
38. Даже если я знаю, что я прав, я готов слушать мнения других людей
39. Люди мне никогда не надоедают
40. Я могу с трудом усидеть на месте даже незначительное время
41. Я мало что могу вспомнить из своего детства
42. Я длительное время не замечаю отрицательные черты других людей
43. Я считаю, что не стоит напрасно злиться, а лучше спокойно все обдумать
44. Другие считают меня излишне доверчивым
45. Люди, скандалом добивающиеся своих целей, вызывают у меня неприятные чувства
46. Плохое я стараюсь выбросить из головы
47. Я не теряю никогда оптимизма
48. Уезжая путешествовать, я стараюсь все спланировать до мелочей
49. Иногда я знаю, что сержусь на другого сверх меры

50. Когда дела идут не так, как мне нужно, я становлюсь мрачным
51. Когда я спорю, то мне доставляет удовольствие указывать другому на ошибки в его рассуждениях
52. Я легко принимаю брошенный другим вызов
53. Меня выводят из равновесия непристойные фильмы
54. Я огорчаюсь, когда на меня никто не обращает внимания
55. Другие считают, что я равнодушный человек
56. Что-нибудь решив, я часто, тем не менее, в решении сомневаюсь
57. Если кто-то усомнится в моих способностях, то я из духа противоречия буду показывать свои возможности
58. Когда я веду машину, то у меня часто возникает желание разбить чужой автомобиль
59. Многие люди меня выводят из себя своим эгоизмом
60. Уезжая отдыхать, я часто беру с собой какую-нибудь работу.
61. От некоторых пищевых продуктов меня тошнит
62. Я грызу ногти
63. Другие говорят, что я избегаю проблем
64. Я люблю выпить
65. Непристойные шутки приводят меня в замешательство
66. Я иногда вижу сны с неприятными событиями и вещами
67. Я не люблю карьеристов
68. Я много говорю неправды
69. Порнография вызывает у меня отвращение
70. Неприятности в моей жизни часто бывают из-за моего скверного характера
71. Больше всего не люблю лицемерных неискренних людей
72. Когда я разочаровываюсь, то часто впадаю в уныние
73. Известия о трагических событиях не вызывают у меня волнения
74. Прикасаясь к чему-либо липкому и скользкому, я испытываю омерзение
75. Когда у меня хорошее настроение, то я могу вести себя как ребенок

76. Я думаю, что часто спорю с людьми напрасно по пустякам
77. Покойники меня не «трогают»
78. Я не люблю тех, кто всегда старается быть в центре внимания
79. Многие люди вызывают у меня раздражение
80. Мыться не в своей ванне для меня большая пытка.
81. Я с трудом произношу непристойные слова
82. Я раздражаюсь, если нельзя доверять другим
83. Я хочу, чтобы меня считали сексуально привлекательным
84. У меня такое впечатление, что я никогда не заканчиваю начатое дело
85. Я всегда стараюсь хорошо одеваться, чтобы выглядеть более привлекательным
86. Мои моральные правила лучше, чем у большинства моих знакомых
87. В споре я лучше владею логикой, чем мои собеседники
88. Люди, лишенные морали, меня отталкивают
89. Я прихожу в ярость, если кто-то меня заденет
90. Я часто влюбляюсь
91. Другие считают, что я излишне объективен
92. Я остаюсь спокойным, когда вижу окровавленного человека

Приложение В

Опросник «Способы совладающего поведения» (Лазаруса, адаптирована Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой в 2004 году; Стандартизация: НИПНИ им. Бехтерева)

Инструкция: Вам предлагаются 50 утверждений, описывающих ваше поведение в трудной жизненной ситуации. Оцените как часто данные варианты поведения проявляются у вас.

	ОКАЗАВШИСЬ В ТРУДНОЙ СИТУАЦИИ, Я ...	никогда	редко	иногда	часто
1	... сосредотачивался на том, что мне нужно было делать дальше – на следующем шаге	0	1	2	3
2	... начинал что-то делать, зная, что это все равно не будет работать, главное - делать хоть что-нибудь	0	1	2	3
3	... пытался склонить вышестоящих к тому, чтобы они изменили свое мнение	0	1	2	3
4	... говорил с другими, чтобы больше узнать о ситуации	0	1	2	3
5	... критиковал и укорял себя	0	1	2	3
6	... пытался не сжигать за собой мосты, оставляя все, как оно есть	0	1	2	3
7	... надеялся на чудо	0	1	2	3
8	... смирялся с судьбой: бывает, что мне не везет	0	1	2	3

9	... вел себя, как будто ничего не произошло	0	1	2	3
10	... старался не показывать своих чувств	0	1	2	3
11	... пытался увидеть в ситуации что-то положительное	0	1	2	3
12	... спал больше обычного	0	1	2	3
13	... срывал свою досаду на тех, кто навлек на меня проблемы	0	1	2	3
14	... искал сочувствия и понимания у кого-нибудь	0	1	2	3
15	... во мне возникла потребность выразить себя творчески	0	1	2	3
16	... пытался забыть все это	0	1	2	3
17	... обращался за помощью к специалистам	0	1	2	3
18	... менялся или рос как личность в положительную сторону	0	1	2	3
19	... извинялся или старался все загладить	0	1	2	3
20	... составлял план действия	0	1	2	3

21	в	0	1	2	3
22	... понимал, что сам вызвал эту проблему	0	1	2	3
23	... набирался опыта в этой ситуации	0	1	2	3
24	... говорил с кем-либо, кто мог конкретно помочь в этой ситуации	0	1	2	3
25	... пытался улучшить свое самочувствие едой, выпивкой, курением или лекарствами	0	1	2	3
26	... рисковал напропалую	0	1	2	3
27	... старался действовать не слишком поспешно, доверяясь первому порыву	0	1	2	3
28	... находил новую веру во что-то	0	1	2	3
29	... вновь открывал для себя что-то важное	0	1	2	3
30	... что-то менял так, что все улаживалось	0	1	2	3
31	... в целом избегал общения с людьми	0	1	2	3
32	... не допускал это до себя, стараясь об этом особенно не задумываться	0	1	2	3

33	... спрашивал совета у родственника или друга, которых уважал	0	1	2	3
34	... старался, чтобы другие не узнали, как плохо обстоят дела	0	1	2	3
35	... отказывался воспринимать это слишком серьезно	0	1	2	3
36	... говорил о том, что я чувствую	0	1	2	3
37	... стоял на своем и боролся за то, чего хотел	0	1	2	3
38	... вымещал это на других людях	0	1	2	3
39	... пользовался прошлым опытом - мне приходилось уже попадать в такие ситуации	0	1	2	3
40	... знал, что надо делать и удваивал свои усилия, чтобы все наладить	0	1	2	3
41	... отказывался верить, что это действительно произошло	0	1	2	3
42	... я давал обещание, что в следующий раз все будет по-другому	0	1	2	3
43	... находил пару других способов решения проблемы	0	1	2	3

44	... старался, что мои эмоции не слишком мешали мне в других делах	0	1	2	3
45	... что-то менял в себе	0	1	2	3
46	... хотел, чтобы все это скорее как-то образовалось или кончилось	0	1	2	3
47	... представлял себе, фантазировал, как все это могло бы обернуться	0	1	2	3
48	... молился	0	1	2	3
49	.. прокручивал в уме, что мне сказать или сделать	0	1	2	3
50	... думал о том, как бы в данной ситуации действовал человек, которым я восхищаюсь и старался подражать ему	0	1	2	3

Приложение Г

ОПРОСНИК УТВЕРЖДЕНИЙ О САМОПОВРЕЖДЕНИЯХ (ISAS) – РАЗДЕЛ I. ПОВЕДЕНИЕ

Инструкция: Пожалуйста, отвечайте на вопросы только касательно таких проявлений поведения, которые совершались Вами намеренно (т.е. умышленно) и без суицидальных намерений (т.е. не с целью совершения суицида).

1. Пожалуйста, типы несуицидальных самоповреждений:

Порезы Укусы

Прижигание

Вырезание на коже

Ущемление

Вырывание волос

Другое _____,

Важно: Если Вы имели проявления одного или нескольких из перечисленных выше видов поведения, напишите, пожалуйста, заключительную часть данного опросника. Если вы не имели проявлений любого из видов поведения, перечисленных выше, Вы закончили с этим конкретным опросником и должны продолжать дальше.

2. В каком возрасте Вы:

Впервые нанесли себе повреждения? _____

Последний раз наносили себе повреждения? _____

3. Вы испытываете физическую боль во время самоповреждения?

Пожалуйста, обведите ответ: ДА ИНОГДА НЕТ

4. Когда вы самоповреждаетесь, Вы делаете это в одиночестве?

Пожалуйста, обведите ответ: ДА ИНОГДА НЕТ

5. Как правило, сколько времени проходит с момента, когда у Вас появляется желание нанести себе повреждение, до самого акта?

Пожалуйста, обведите ответ:

<1 часа 1 - 3 часа 6 - 12 часов 12 - 24 часов

6. Хотите/хотели ли Вы прекратить наносить себе повреждения?

Пожалуйста, обведите ответ: ДА НЕТ

ОПРОСНИК УТВЕРЖДЕНИЙ О САМОПОВРЕЖДЕНИЯХ (ISAS) – РАЗДЕЛ II. ФУНКЦИИ

Инструкции: Этот опросник был написан, чтобы помочь нам лучше понять переживание опыта несуицидальных самоповреждений. Ниже приведен список утверждений, которые могут иметь или не иметь отношение к Вашему опыту самоповреждения. Пожалуйста, соотнесите утверждения со степенью актуальности для Вас:

Обведите 0, если утверждение неактуально для Вас совсем

Обведите 1, если утверждение актуально в некоторой степени для Вас

Обведите 2, если утверждение очень актуально для Вас

"Когда я самоповреждаюсь, я ...

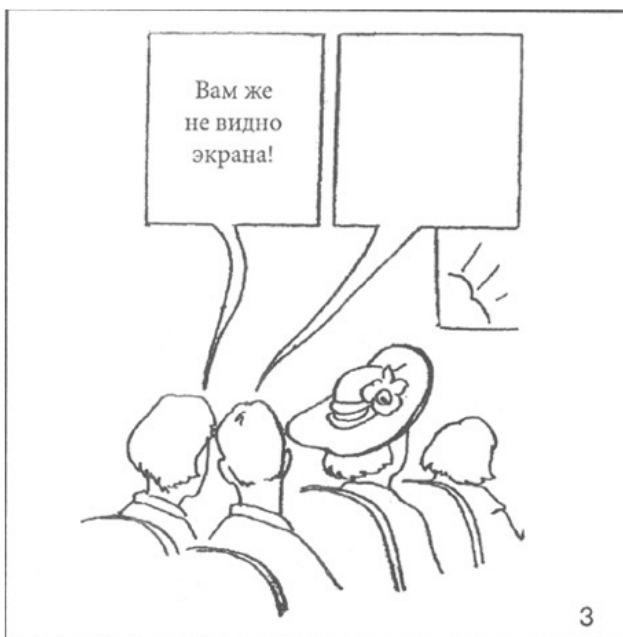
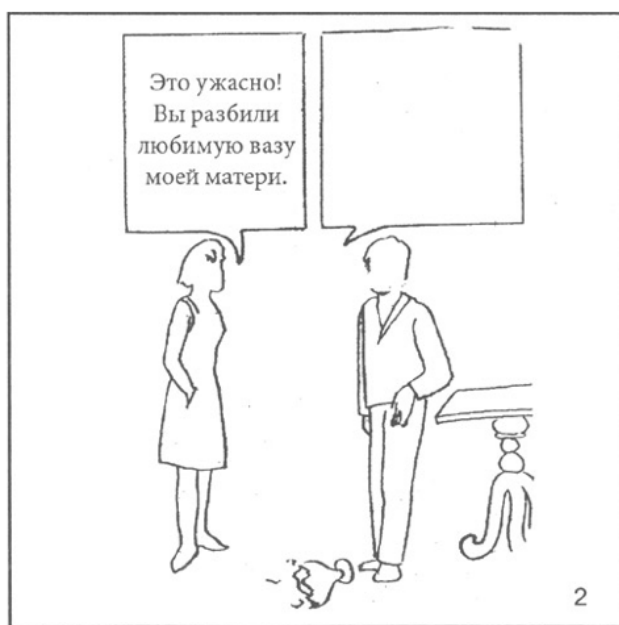
1. ... успокаиваю этим себя
2. ... создаю границу между собой и другими
3. ... наказываю себя
4. ... даю себе способ позаботиться о себе (ухаживая за раной)
5. ... причиняю себе боль, чтобы прекратить ощущение бесчувственности
6. ... избегаю импульса к попытке самоубийства
7. ... делаю что-то, чтобы испытать волнение или возбуждение
8. ... укрепляю свою связь с теми, кто похож на меня
9. ... позволяю другим узнать о степени моей эмоциональной боли
10. ... проверяю, могу ли я терпеть боль
11. ... создаю физический признак того, что я чувствую себя ужасно
12. ... стараюсь расстроить кого-то за то, как поступили в отношении меня
13. ... убеждаюсь в своей самодостаточности
14. ... высвобождаю эмоциональное давление, накопившееся внутри меня
15. ... демонстрирую, что я отделен от других людей
16. ... создаю физическое повреждение, заботиться о котором легче, чем о моем эмоциональном страдании
17. ... отвечаю на мысли о самоубийстве без реальной попытки самоубийства
18. ... развлекаю себя или других, делая что-то экстремальное
19. ... хочу быть своим среди других

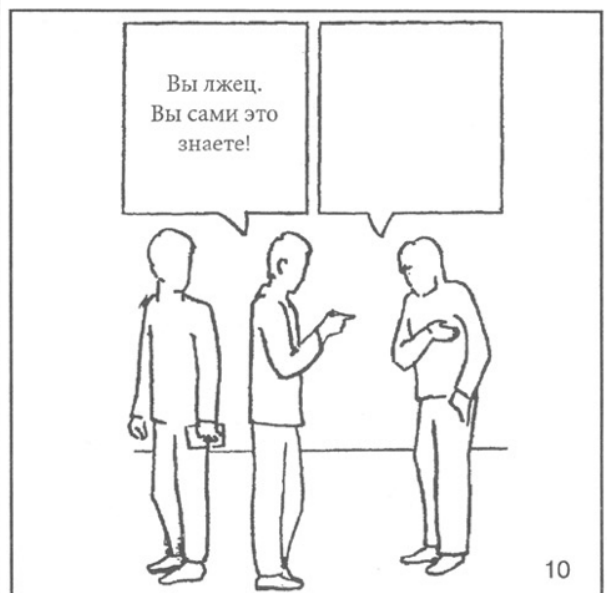
20. ... ищу внимания или помощи со стороны других
21. ... демонстрирую свою жесткость или силу
22. ... доказываю себе, что моя эмоциональная боль реальна
23. ... осуществляю свою месть по отношению к другим
24. ... демонстрирую, что мне не нужно полагаться на помощь других
27. ... снижаю тревогу, разочарование, гнев, или другие переполняющие меня эмоции
28. ... устанавливаю барьер между мной и другими
- 29.... реагирую на чувство недовольства самим собой или отвращения к себе
30. ... позволяю себе сосредоточиться на лечении повреждений, которое может быть приятным или удовлетворяющим
31. ... убеждаюсь, что я все еще жив, когда я не чувствую реальности
32. ... прекращаю мысли о самоубийстве
33. ... расширяю пределы своих возможностей в манере, сродни прыжкам с парашютом или другим экстремальным видам деятельности
34. ... создаю знак дружбы или родства с друзьями или близкими
35. ... удерживаю любимого человека от ухода или отказа от меня
36. ... доказываю, что я могу переносить физическую боль
37. ... обозначаю эмоциональный стресс, который я испытываю
38. ... пытаюсь причинить боль кому-то, близкому ко мне
39. ... доказываю свою автономность / независимость

Приложение Д

Тест Розенцвейга. Методика рисуночной фрустрации. Взрослый вариант
(модификация Н.В.Тарабриной)

Инструкция: Вам сейчас будут показаны 24 рисунка. На каждом из них изображены два говорящих человека. То, что говорит первый человек, написано в квадрате слева. Представьте себе, что может ответить ему другой человек. Напишите самый первый пришедший Вам в голову ответ на листе бумаги, обозначив его соответствующим номером. Отнеситесь к заданию серьезно. Старайтесь работать как можно быстрее.











Приложение Ж

Однофакторный дисперсионный анализ						
		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знч.
Интрапунитивная направленность	Между группами	5,422	3	1,807	3,087	,033
	Внутри групп	37,461	64	,585		
	Итого	42,882	67			

Приложение К

Однофакторный дисперсионный анализ

		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знч.
Вытеснение	Между группами	3,184	3	1,061	,926	,433
	Внутри групп	73,345	64	1,146		
	Итого	76,529	67			
Регрессия	Между группами	18,251	3	6,084	5,108	,003
	Внутри групп	76,220	64	1,191		
	Итого	94,471	67			
Замещение	Между группами	20,181	3	6,727	7,642	,000
	Внутри групп	56,334	64	,880		
	Итого	76,515	67			
Отрицание	Между группами	7,240	3	2,413	2,341	,082
	Внутри групп	65,981	64	1,031		
	Итого	73,221	67			
Проекция	Между группами	6,296	3	2,099	1,727	,170
	Внутри групп	77,763	64	1,215		
	Итого	84,059	67			
Компенсация	Между группами	17,429	3	5,810	6,910	,000
	Внутри групп	53,807	64	,841		
	Итого	71,235	67			
Гиперкомпенсация	Между группами	10,466	3	3,489	2,657	,056
	Внутри групп	84,048	64	1,313		
	Итого	94,515	67			
Рационализация	Между группами	4,465	3	1,488	1,118	,349
	Внутри групп	85,226	64	1,332		
	Итого	89,691	67			
конфронтация	Между группами	12,259	3	4,086	3,655	,017
	Внутри групп	71,550	64	1,118		
	Итого	83,809	67			
дистанцирование	Между группами	2,260	3	,753	,562	,642
	Внутри групп	85,799	64	1,341		
	Итого	88,059	67			
самоконтроль	Между группами	2,894	3	,965	,753	,525
	Внутри групп	82,047	64	1,282		
	Итого	84,941	67			
поиск соц поддержки	Между группами	2,834	3	,945	,719	,544
	Внутри групп	84,107	64	1,314		
	Итого	86,941	67			
принятие ответственности	Между группами	3,413	3	1,138	,877	,458
	Внутри групп	83,058	64	1,298		
	Итого	86,471	67			
бегство-избегание	Между группами	7,927	3	2,642	2,039	,117
	Внутри групп	82,941	64	1,296		
	Итого	90,868	67			
планирование решения проблем	Между группами	,762	3	,254	,193	,901
	Внутри групп	84,105	64	1,314		
	Итого	84,868	67			

Приложение Л

		Корреляции							
		Интрапун итивная	Модель эффективной регуляции	Пограничная модель	Модель влечения	Модель влияния окружения	интенсивность повреждений	длительность повреждений	частота повреждений
Выраженность НПП	Коэффициент корреляции	-,233	,562	,465	,539	,465	,328	-,085	,249
	Знч. (2-сторон)	,056	,000	,000	,000	,000	,006	,493	,041
	N	68	68	68	68	68	68	68	68