Федеральное государственное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

Санкт-Петербургский государственный университет

Институт «Высшая школа менеджмента»

**РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ МЕР ПРОФИЛАКТИКИ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

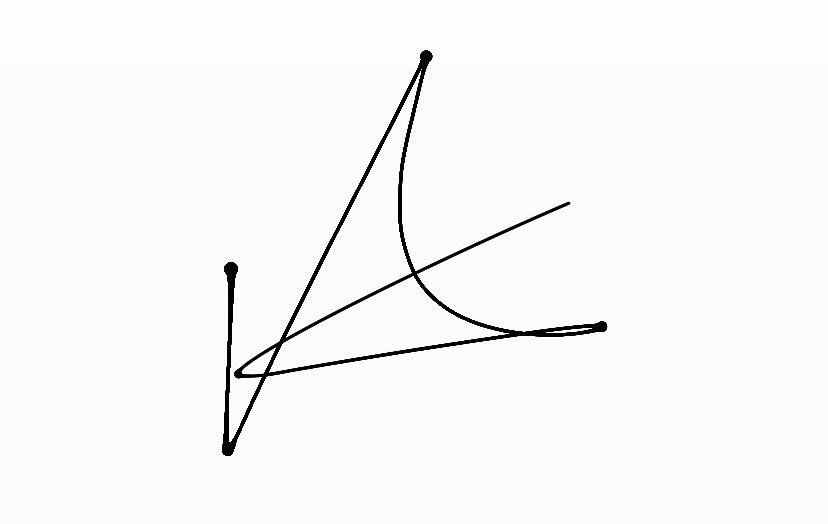
Выпускная квалификационная работа

студентки 4 курса бакалаврской программы,

профиль - Государственное и

муниципальное управление

**Лапина Анастасия Ивановна**

****

(подпись студента)

«31» мая 2022 г.

Научный руководитель

к. э. н., доцент кафедры государственного

и муниципального управления

**Гиленко Евгений Валерьевич**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(подпись научного руководителя)

«31» мая 2022 г.

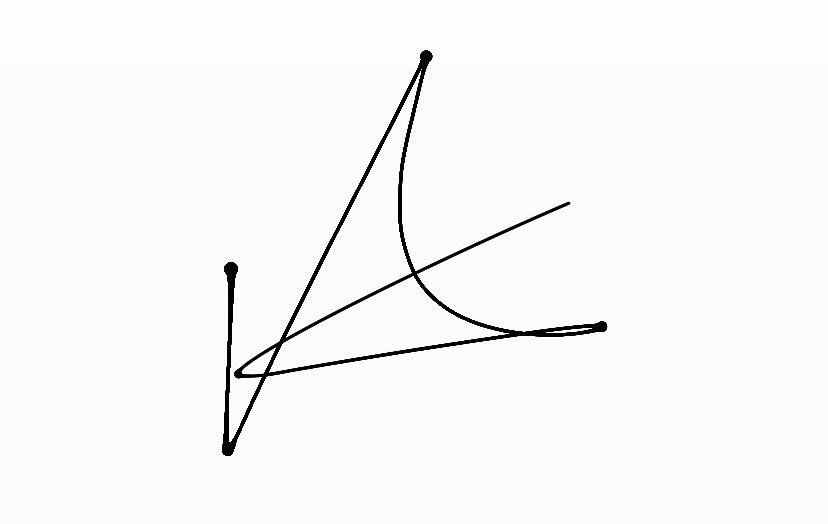
Санкт-Петербург

2022

**Заявление о самостоятельном выполнении выпускной квалификационной работы**

Я, Лапина Анастасия Ивановна, студентка 4 курса направления 38.03.04 «Государственное и муниципальное управление», заявляю, что в моей выпускной квалификационной работе на тему «Разработка и внедрение государственных мер профилактики расстройств пищевого поведения в государственных образовательных учреждениях», представленной в службу обеспечения программ бакалавриата для последующей передачи в государственную аттестационную комиссию для публичной защиты, не содержится элементов плагиата. Все прямые заимствования из печатных и электронных источников, а также из защищенных ранее курсовых и выпускных квалификационных работ, кандидатских и докторских диссертаций имеют соответствующие ссылки.

Мне известно содержание п. 9.7.1 Правил обучения по основным образовательным программам высшего и среднего профессионального образования в СПбГУ о том, что «ВКР выполняется индивидуально каждым студентом под руководством назначенного ему научного руководителя», и п. 51 Устава федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный университет» о том, что «студент подлежит отчислению из Санкт-Петербургского университета за представление курсовой или выпускной квалификационной работы, выполненной другим лицом (лицами)».

**/Лапина А.И./ (Подпись студента)**

**31.05.2022 (Дата)**

## 

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

[**ВВЕДЕНИЕ**](#_kgqbd8h24l00) **5**

[**ГЛАВА 1. ВВЕДЕНИЕ В ПРОБЛЕМАТИКУ И ОБЗОР ОПЫТА**](#_kw58mnu4umxb) **7**

[1.1 Необходимые для исследования термины, определения и законы](#_ngcmvpo5ngka) 7

[1.1.1 Необходимые для исследования термины](#_3krojfofa7hb) 7

[1.1.2 Клинические критерии диагностики РПП](#_iglutdmcpebq) 9

[1.1.3 Законодательство в области расстройств пищевого поведения](#_csgfzme8tuob) 10

[1.2 Основные статистические данные о расстройствах пищевого поведения в РФ и в мире](#_5xxp9chq7nwp) 11

[1.2.1 Мировые статистические данные](#_ewph1m4lxp2n) 11

[1.2.2 Статистические данные в РФ](#_jycbd0cqxv0m) 13

[1.3 Международный опыт](#_qq3kir2mpk5l) 18

[1.3.1 Международные исследования](#_b3ni622wb6f7) 18

[1.3.2 Превентивные меры, существующие в мире](#_poxdfaowmyx9) 19

[1.4 Выводы первой главы](#_m3lvfd9mfm6n) 22

[**ГЛАВА 2. ФОРМИРОВАНИЕ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ МОДЕЛИ**](#_ffaldd9ykm9) **24**

[2.1 Обзор литературы](#_dg3qdc1o2elq) 24

[2.2 Теоретическая модель](#_3ggggup6lgo4) 28

[2.2.1 Описание факторов, задействованных в исследовательской модели](#_xffmf4qnqtsa) 28

[2.2.2 Описание модели исследования](#_x9eg3qduawkn) 31

[2.3 Методы исследования](#_wfz7jw252jxb) 32

[2.3.1 Интервью](#_w0h3vb5xlay4) 32

[2.3.2 Опросы](#_6skercukkgnc) 33

[2.3.3 Статистический анализ данных](#_18t611mvno28) 34

[2.4 Выводы второй главы](#_sn6kya8ev5cs) 35

[**ГЛАВА 3. АНАЛИЗ ДАННЫХ И РЕКОМЕНДАЦИИ**](#_80mzxoie2dl3) **37**

[3.1 Описание полученных данных](#_r2nnq84fo46b) 37

[3.1.1 Описательная статистика](#_1lp6ev8l0v3j) 37

[3.1.2 Описание обозначения данных для кластеризации](#_gbigfigpsurg) 39

[3.2 Описание результатов анализа и расчетов](#_60ej5i468si1) 42

[3.2.1 Описание кластеров](#_uoz9d5uetyq4) 42

[3.2.2 Корреляционный анализ](#_9brigc33ayyu) 49

[3.2.3 Описание отношения респондентов к превентивным мерам](#_8bddg6hodxsv) 49

[3.3 Рекомендации по проведению превентивных мер](#_x2zvj6wo1756) 51

[3.3.1 Общие рекомендации по профилактическим мерам для государственного сектора](#_v8tiq6fjf91a) 51

[3.3.2 Общие рекомендации по работе с людьми с РПП для государственного сектора](#_ny7bfc6sf1o5) 53

[3.3.3 Рекомендации для выделенных кластеров](#_qlvudcn6n4sw) 54

[**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**](#_hwqhu34yd6bt) **58**

[**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**](#_vk9gnd40t1ij) **60**

[**ПРИЛОЖЕНИЯ**](#_39wncs7kxi5f) **62**

[Приложение 1. Опросный лист](#_u3izzdigkbek) 62

[Приложение 2. Вопросы для глубинного интервью](#_mm6rzf0ppfh) 68

[Приложение 3. План тематического урока](#_yvhi1tbejt6c) 70

[Приложение 4. Метод главных компонент](#_pr1u6bvd3y13) 73

## 

## **ВВЕДЕНИЕ**

Расстройства пищевого поведения имеют одни из самых высоких показателей распространенности среди всего спектра психических заболеваний, существующих в наши дни. При этом статистика смертности от пищевых расстройств является самой высокой из всех расстройств и дисфункций психики - показатели достигают 20% для отдельных типов в группе расстройств.

На данный момент в России отсутствует официальная статистика заболеваемости данной группы расстройств. Тем более - отсутствуют какие-либо профилактические меры, направленные на предупреждение распространения и развития расстройств пищевого поведения среди населения.

Такие заболевания, как нервная анорексия, нервная булимия и компульсивные переедания являются не только риском смертности, но и риском возникновения дисфункции различных систем организма, в том числе - репродуктивной системы у женщин. Получается, что данная группа расстройств не только повышает общие показатели смертности по государству, но и влияет на снижение рождаемости, что в совокупности дает крайне негативный эффект на и без того неблагоприятную демографическую ситуацию, существующую в нашей стране.

При этом важно отметить, что профессиональное лечение группы расстройств питания осуществляется преимущественно частных медицинских центрах. Стоимость стационарного лечения анорексии, булимии и компульсивных перееданий достигает 5 среднемесячных заработных плат (исходя из статистики по РФ за 2020-ый год), что ограничивает доступ к терапии большей части населения.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что на данный момент на государственном уровне отсутствуют какие-либо превентивные меры по работе с группой заболеваний, а также лечение людей, которые уже столкнулись с расстройствами питания, оплачивается ими самостоятельно, а стоимость реабилитационных программ для многих является неприемлемой. Складывается ситуация, когда люди, находящиеся в группе риска расстройств пищевого поведения, оказываются не просто неосведомленными, но и, в ряде случаев, неспособными выйти из сложившейся ситуации.

Именно глубокая проработка и внедрение превентивных мер поможет сократить число потенциальных носителей расстройств. Как следствие - это может положительно влиять на ранее упомянутую демографическую ситуацию в стране.

В связи с описанными выше проблемами, в данной работе будут рассмотрены и разработаны потенциальные превентивные меры, направленные на предотвращение распространения и развития расстройств пищевого поведения среди населения. Также будет предлагаться определение групп населения, наиболее подверженных влиянию нарушений пищевого поведения, и мер, подобранных под выделенные группы. Рекомендации предоставляются таким стейкхолдерам, как государство, некоммерческие фонды и представители бизнеса (частные клиники).

Объектом исследования является тенденция развития в обществе расстройств пищевого поведения. Предмет исследования - возможность внедрение спектра превентивных мер для контроля распространения и развития расстройств пищевого поведения среди населения. В данной работе будут использоваться следующие методы исследования: глубинное интервью со специалистом области психиатрии и психологии (а также сведения из коротких интервью с диетологом и гинекологом) опрос людей, которые были больны РПП или имеют одно из заболеваний группы на данный момент, общий опрос населения, а также статистические методы анализа.

Для составления общего видения о возможном спектре превентивных мер в исследовании рассматривается существующих международный опыт и лучшие практики, текущая ситуация в стране и в мире, а также возможности развития в области профилактики пищевых расстройств текущей системы здравоохранения, которая существуют в России.

Также в работе изучается воздействие различных групп факторов на развитие расстройств пищевого поведения, основными являются биологические, социальные и психологические факторы. Именно описание первопричины может дать более полное понимание проблемы и способов ее решения, а не временного перекрытия.

Работа имеет следующую структуру: в первой главе рассматриваются понятия, законодательная база и определения, которые необходимы для исследования, а также существующая статистика и международный опыт в области работы с людьми с расстройствами пищевого поведения, во второй главе сформулированы модель и методы исследования, третья глава содержит описание полученных данных, основные расчеты и сформулированные рекомендации для выделенных стейкхолдеров.

## **ГЛАВА 1. ВВЕДЕНИЕ В ПРОБЛЕМАТИКУ И ОБЗОР ОПЫТА**

### **1.1 Необходимые для исследования термины, определения и законы**

Данная работа тесно связана с медицинской сферой, при реализации исследования часто используется терминология из области психиатрии и психологии (реже - из других медицинских специализаций). В данном разделе будут разобраны основные понятия, которые необходимы для взаимодействия с темой расстройств пищевого поведения, также будут разобраны основные правовые акты, которые существуют на территории Российской Федерации.

#### **1.1.1 Необходимые для исследования термины**

Большая часть представленных ниже терминов будет относиться к области психиатрии или медицины в целом, помимо этого будут разобраны определения понятий, связанных с социокультурными явлениями.

*ИМТ* - индекс массы тела. Данная величина показывает соотношение роста и массы тела пациента. Показатель помогает определить недостаток или избыток массы тела человека.

*Нервная анорексия* - расстройство приёма пищи, характеризующееся чрезмерной озабоченностью весом тела, преднамеренно вызываемым снижением массы тела пациентом, в большинстве случаев пациенты имеют пониженный ИМТ, который стараются поддерживать любыми способами (при помощи приема диуретиков или средств для подавления аппетита, длительного голодания, критического снижения потребление ккал в сутки, вызывания рвоты)[[1]](#footnote-0).

*Нервная булимия* - расстройство приёма пищи, для которого характерны повторные приступы переедания, чередующиеся с ограничительным пищевым поведением. Присутствует чрезмерная озабоченность массой тела, из-за чего человек приходит к принятию крайних мер, направленных на уменьшение влияния съеденного на массу тела: самостоятельно вызываемой рвоте, а также избыточному приему диуретиков[[2]](#footnote-1). Часто заболевание может комбинироваться с нервной анорексией.

*Компульсивные переедания* - рецидивирующие эпизоды употребления большого объема пищи за короткий срок, которые сопровождаются чувством утраты контроля над собой и вины[[3]](#footnote-2).

*Эмоциогенное переедание* - гиперфагическая реакция на стресс, эмоциональное переедание[[4]](#footnote-3).

*Экстернальное пищевое поведение* - повышенная реакция не на внутренние, а на внешние стимулы: накрытый стол, принимающего пищу человека, рекламу пищевых продуктов, витрину или запах вкусного[[5]](#footnote-4).

*Стигматизация* - нанесение стигмы, ярлыков. Является признаком пренебрежения и недоверия, который способствует отделению человека от социума[[6]](#footnote-5).

*Аутоагрессия* - активность человека, которая направлена на нанесение себе физического или психологического вреда (нанесение шрамов, употребление медикаментов в опасных для жизни дозировках, избиение себя, нарочный поиск опасных для жизни обстоятельств)[[7]](#footnote-6).

*Депрессивные расстройства* - психические заболевания, которые характеризуются эмоциональным упадком, апатичным состоянием и снижением интереса к жизни. “Депрессией” часто называют целый ряд таких расстройств, как большое депрессивное расстройство, хроническое депрессивное расстройство (дистимия) и иные уточненные типы заболевания[[8]](#footnote-7). В ходе проводимого исследования важно затронуть данный термин, так как РПП часто протекает параллельно с депрессивными расстройствами.

*Руминация* - непроизвольная (или последовательно вырабатываемая) регургитация пищи из желудка в ротовую полость. Как правило, возникает через 15-30 минут после приема пищи, сопровождается рвотным рефлексом, но без предварительных манипуляций для вызова рвоты[[9]](#footnote-8). При руминации не наблюдается предварительная тошнота, боль и дисфагия (нарушение глотания пищи).

*Аменорея* - отсутствие менструаций у женщин в детородном возрасте, которое наблюдается от полугода и более. Последствием данного заболевания может стать бесплодие[[10]](#footnote-9).

*Коморбидность* - наличие нескольких заболеваний, которые протекают параллельно (дополнительной клинической картины); такие заболевания имеют разные особенности, но могут воздействовать друг на друга[[11]](#footnote-10).

Помимо перечисленных терминов необходимо упомянуть ряд психических расстройств, которые зачастую протекают параллельно с расстройствами пищевого поведения. К таковым относятся: биполярное аффективное расстройство, различные расстройства личности, депрессивные расстройства (подробнее упомянуты выше), реже - шизофрения и шизотипические расстройства. В отдельных случаях РПП может являться последствием одного из перечисленных выше расстройств психики.

Выше были рассмотрены термины, которые будут необходимы в ходе исследования. Далее следует рассмотреть клинические критерии диагностики расстройств пищевого поведения.

#### **1.1.2 Клинические критерии диагностики РПП**

Для постановки диагноза “нервная анорексия” используют следующие критерии у обратившегося пациента:

* Ограничительное пищевое поведение, результатом которого является снижение веса;
* Существование у пациента страха перед набором веса, проявляющееся в виде прямых высказываний или поведенческих особенностей;
* Искажение образа тела и отказ принятия заболевания
* Аменорея (сбой на 3 цикла и более)[[12]](#footnote-11).

Критерии постановки диагноза “нервная булимия”:

* Повторяющиеся эпизоды переедания (сопровождаемые чувством потери контроля над собой, осуществляется потребление большого количества пищи), которые беспокоят пациента около 1 раза в неделю (в зависимости от конкретного случая) в течение 3 месяцев и более;
* Рецидивы компенсаторного поведения, направленного на восстановление веса после эпизода переедания (происходят с той же периодичностью);
* Чрезмерная зависимость самооценки пациента от незначительных изменений в форме и весе тела[[13]](#footnote-12).

Критерии для диагностики компульсивного переедания включают следующие элементы:

* Периодичность компульсивных перееданий от 1 раза в неделю в течение 3 месяцев и более;
* Потеря контроля над приемом пищи;
* Скорость приема пищи заметно возрастает (человек ест быстрее);
* Употребление пищи происходит не до состояния насыщения, а до боли в организме;
* Употребление большого количества пищи без чувства голода;
* Появление чувства отвращения, стыда или вины после компульсивного переедания[[14]](#footnote-13).

#### **1.1.3 Законодательство в области расстройств пищевого поведения**

В Российской Федерации отсутствуют отдельные законы, связанные конкретно с расстройствами пищевого спектра. В случае любых отдельных психических заболеваний следует обращать внимание на Федеральный Закон “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" (от 02.07.1992)[[15]](#footnote-14). Верховный Совет РФ принял настоящий Закон в качестве необходимой реализации в законодательстве РФ признанных международным сообществом и Конституцией РФ прав и свобод человека и гражданина. Описываемый законодательный акт содержит в себе следующие компоненты:

* общие положения о нормах оказания психиатрической помощи,
* информацию о правах лиц с психическими расстройствами и порядке обращения к специалистами,
* сведения об ограничениях при выполнении отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности,
* информацию об обеспечении психиатрической помощью и социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами;
* сведения об учреждениях и лицах, оказывающих психиатрическую помощь, о правах и обязанностях медицинских работников и иных специалистов;
* информацию о видах психиатрической помощи и порядке ее оказания.

Важно отметить, что все описываемые типы расстройств пищевого поведения входят в Международную классификацию болезней 10-го пересмотра (МКБ-10)[[16]](#footnote-15): 5-ый раздел - психические расстройства и расстройства поведения. Нервная анорексия - F50.0; атипичная нервная анорексия - F50.1; нервная булимия - F50.2; атипичная нервная булимия - F50.3; психогенные (компульсивные) переедания - F50.4. МКБ используется для единообразного хранения данных о пациентах во всех странах.

### **1.2 Основные статистические данные о расстройствах пищевого поведения в РФ и в мире**

#### **1.2.1 Мировые статистические данные**

Обратимся к международному опыту. В США существует всемирно известная организация NEDA (National Eating Disorders Association). Организация собрала данные[[17]](#footnote-16) о распространенности расстройств пищевого поведения в США, Великобритании и Европе, с целью получения представление о распространении расстройств пищевого поведения. Ниже будут приведены основные статистические данные по каждому заболеванию из группы.

Нервная анорексия:

* В любой момент времени от 0,3 до 0,4% молодых женщин и 0,1% молодых мужчин страдают нервной анорексией;
* 0,9% женщин и 0,3% мужчин страдали анорексией в течение своей жизни;
* При наблюдении за группой из 496 девочек-подростков в течение 8 лет (до их 20-ти лет) исследователи обнаружили, что 5,2% девочек соответствовали прямым критериям анорексии DSM5, булимии или расстройства пищевого поведения;
* Если включать неспецифические симптомы расстройства пищевого поведения, в общей сложности 13,2% юных девушек страдает расстройством пищевого поведения DSM-5 к 20 годам;
* У молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет, страдающих анорексией, риск смерти в 10 раз выше, чем у их сверстников того же возраста;
* Мужчины составляют 25% от всех людей с нервной анорексией, при этом они подвергаются более высокому риску смерти, так как заболевания у них часто диагностируют позже, из-за заблуждения связанного с тем, что мужчины не страдают от расстройств пищевого поведения.

Нервная булимия:

* В любой момент времени 1,0% молодых женщин и 0,1% молодых мужчин соответствовали диагностическим критериям нервной булимии;
* 1,5% женщин и 0,5% мужчин страдали булимией в течение своей жизни;
* 1,1% до 4,6% женщин и от 0,1% до 0,5% мужчин будут страдать булимией (прогноз исследователей);
* Возраст начала заболевания снижается.

Компульсивные переедания:

* 3,5% женщин и 2,0% мужчин страдали расстройством пищевого поведения в течение своей жизни (данное заболевание примерно в 3 раза более распространенное по сравнению с нервной анорексией и булимией);
* Примерно 40% людей, страдающих от компульсивных перееданий, - мужчины;
* 30% людей, которые в определенный момент прибегают к диетам, сталкиваются с дальнейшим развитием компульсивных перееданий.

Сведения о сопутствующих расстройствах:

* Среди женщин, госпитализированных с расстройством пищевого поведения, 36,8% регулярно причиняли своему телу вред (порезы, избиения, ожоги);
* Исследование более 2400 человек, госпитализированных с расстройством пищевого поведения, показало, что у 97% было одно или несколько сопутствующих заболеваний, в том числе: у ​​94% - депрессивное расстройство, у 56% - тревожное расстройство, у 20% было обсессивно-компульсивное расстройство, у 24% - посттравматическое стрессовое расстройство[[18]](#footnote-17) и у 22% пациентов наблюдалось расстройство, связанное с употреблением алкоголя или психоактивных веществ.

Заболевания пищевого поведения являются одними из самых смертельно опасных среди всего психиатрического спектра. Это связано не только с физиологическими последствиями расстройств, но и с развитием суицидальных наклонностей. В статье “Попытки самоубийства среди людей с расстройствами пищевого поведения и неблагоприятным детским опытом: результаты национальной репрезентативной выборки взрослых” (Lauren N. Forrest PhD Carlos M. Grilo PhD Tomoko Udo PhD, 29 December 2020, Suicide attempts among people with eating disorders and adverse childhood experiences: Results from a nationally representative sample of adults[[19]](#footnote-18)) было рассмотрено исследование с выборкой в 36146 взрослых участников и выявлено следующее:

* Распространенность неблагоприятных детских переживаний среди людей с расстройствами пищевого поведения составила 54,1–67,8%;
* Анамнез детских психологических травм и диагноз РПП были связаны с повышенными шансами пережить пожизненную попытку самоубийства (4,64–6,45 и 3,20–4,06 соответственно).

Согласно исследованию “Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders” (Jon Arcelus, 2011)[[20]](#footnote-19), 26% жителей США с тем или иным расстройством пищевого поведения пытаются покончить с собой[[21]](#footnote-20). Исследователей США заметно тревожит сложившаяся ситуация.

#### **1.2.2 Статистические данные в РФ**

Очевидно, негативные последствия расстройств пищевого поведения не находятся в зоне интересов властей РФ. С 1992 года в России коэффициент рождаемости ниже коэффициента смертности, если с 2006 по 2014 коэффициент рождаемости заметно рос (до 13,3 новорожденных на 1000 человек), то с 2015 года показатель вновь начал снижаться, а в 2020 году достиг 9,8 новорожденных на 1000 человек. Очевидно, что дополнительные потери населения при такой ситуации крайне негативно скажутся на и без того мрачной демографической ситуации в стране[[22]](#footnote-21)

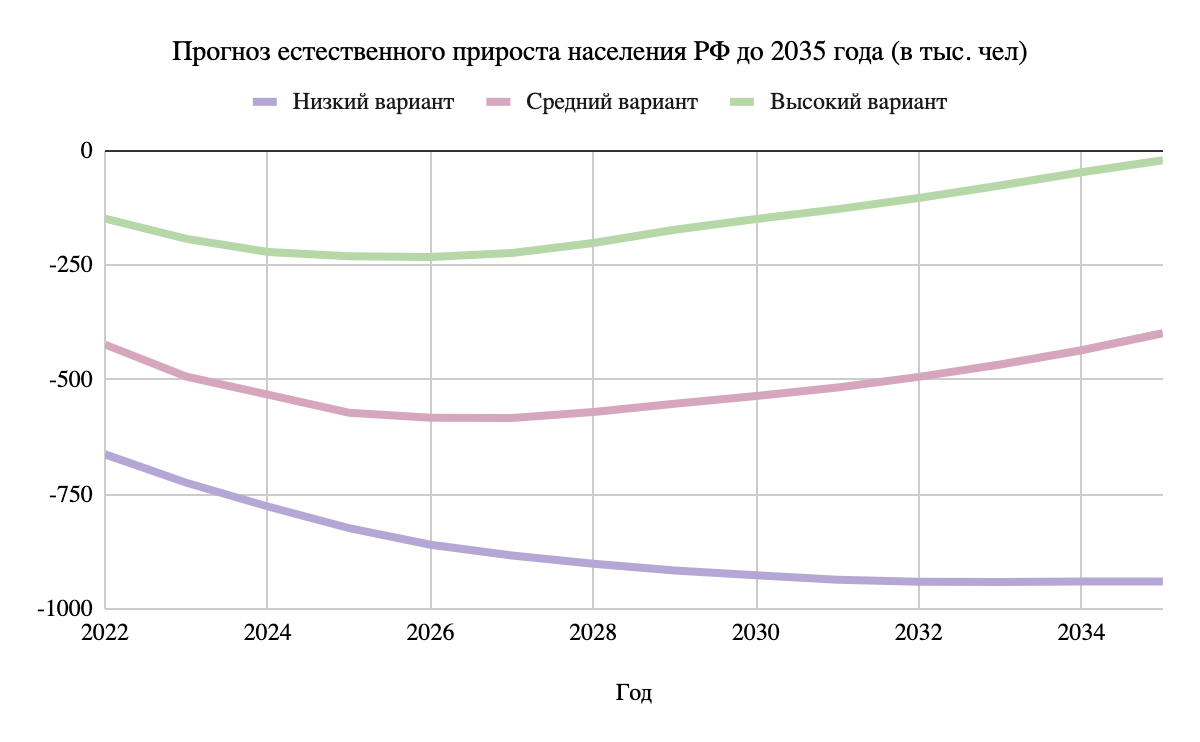
Также можно обратить внимание на общие данные по распространению РПП в странах Европы: о нервной анорексии сообщают 1-4% населения, о нервной булимии - 1-2%, о компульсивных перееданиях - 1-4%. При этом более 70% людей с расстройствами пищевого поведения сообщают о сопутствующих расстройствах: часто встречаются тревожные расстройства (>50%), расстройства настроения (>40%), самоповреждения (>20%) и употребление психоактивных веществ (>10%)[[23]](#footnote-22).

На данный момент в Российской Федерации нет официальной статистики распространения расстройств пищевого поведения. Как правило, лечение РПП проходит в частных клиниках, общие данные отсутствуют, из-за чего невозможно точно определить распространенность заболеваний. Следует также учитывать, что многие люди с РПП отрицают свою болезнь, не обращаются к специалистам и учесть в статистике их невозможно (разве что по симптомам, но для этого необходима коммуникация с пациентами, чего они зачастую избегают).

Так как в РФ отсутствует государственная статистика по распространению заболеваний пищевого поведения(или какая-либо иная достоверная), в начале 2021-го года с целью получения оценочных сведений было проведено интервью со специалистом (Яковенко Лариса Васильевна[[24]](#footnote-23), психиатр, нарколог высшей квалификационной категории, медицинский центр “Династия”, г. Санкт-Петербург). В результате проведения интервью удалось выявить следующую информацию:

* Основная категория больных РПП - молодые люди в возрасте 15-25 лет. Соотношение женщин и мужчин, страдающих расстройством пищевого поведения, - 90/10%. При этом возраст пациентов постепенно расширяется (как вниз, так и вверх). Продолжительность лечения исключительно индивидуальна, на это влияет множество факторов: коммуникация с близкими людьми (родственники, друзья), наличие и степень тяжести иных психических расстройств, наличие заболеваний различных систем органов, индивидуальные особенности психики.
* Из трех типов РПП в России наиболее часто встречаются компульсивные переедания, также распространена нервная анорексия (оценочные данные по обращениям в медицинский центр). На данный момент отсутствует конкретная статистика.
* Проблемы с пищевым поведениям зависят от качества пищи, следовательно, от уровня жизни. Исходя из предыдущего утверждения, специалист склонен считать, что процент заболевания населения в РФ выше, чем во многих экономически развитых странах (Европа, США), причина - относительно низкий уровень жизни большого сегмента населения. Причина превалирования компульсивных перееданий - соотношение цен на фастфуд и качественные продукты, пригодные для здорового питания, низкая степень толерантности ко внешности окружающих.

Исходя из рассмотренных международных статистических сведений и интервью со специалистом, можно сделать вывод о том, что на территории РФ, пусть статистические данные отсутствуют, распространенность расстройств пищевого поведения с низкой вероятностью значительно отличаются от мировой статистики. При этом следует вновь обратить внимание на демографическую ситуацию в России в динамике.

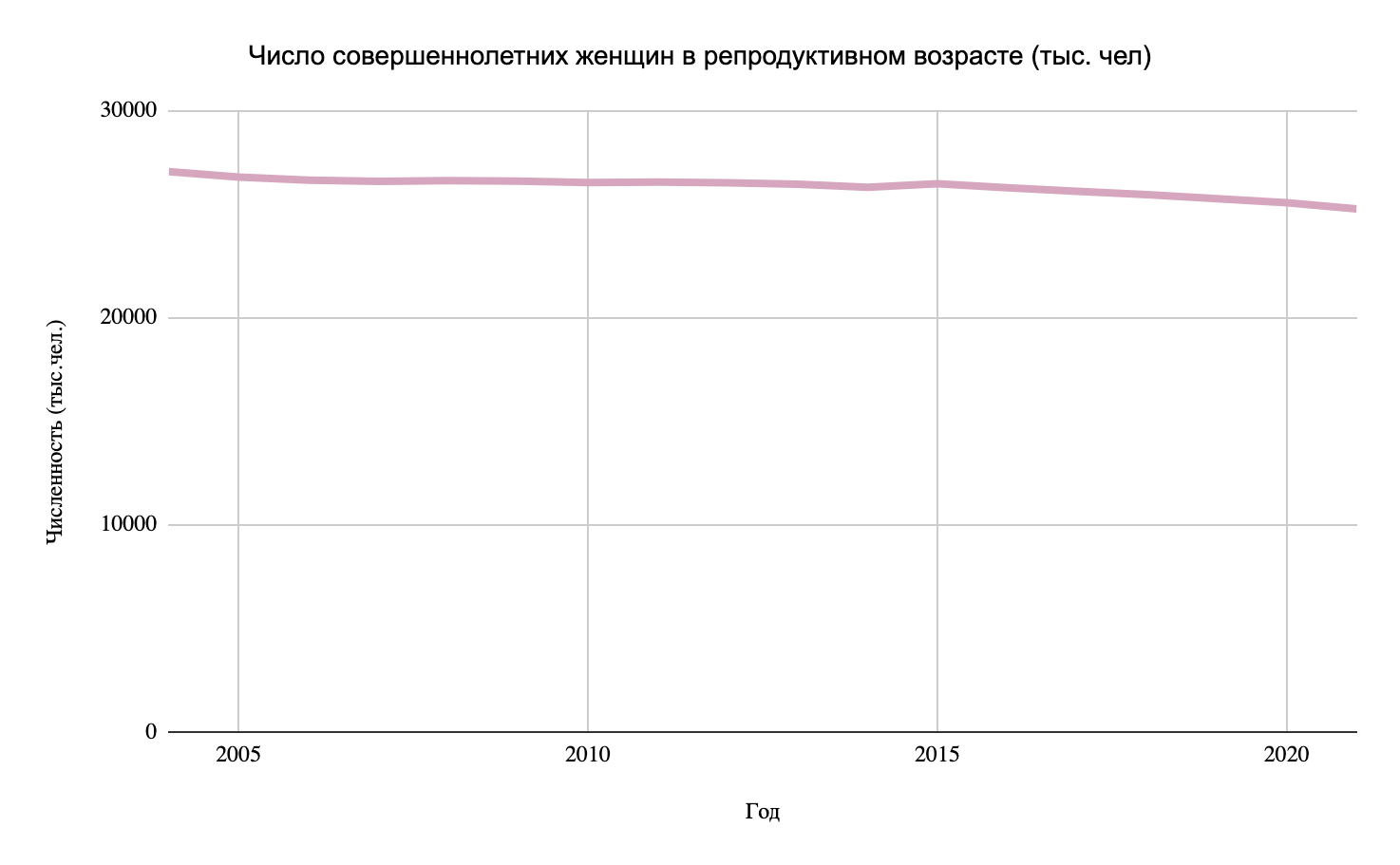


*Рис.1 График прогноза естественного прироста населения РФ до 2035 года*

*Источник: составлено автором на основании данных Федеральной службы государственной статистики[[25]](#footnote-24)*

Следует понимать, что расстройства пищевого поведения влекут за собой не только повышение смертности населения (из-за физиологических последствий заболеваний и увеличения риска суицида), но и снижение рождаемости, связанное с тем, что подавляющее большинство больных - женщины, а проблемы с половой системой и репродуктивными функциями являются часто встречаемыми среди больных. На основании данных Росстата (прогноз ежегодного естественного прироста населения до 2035 года) был составлен график (рис.1). То есть до 2035 года РФ не сможет преодолеть демографическую яму, если брать средний вариант прогноза. При этом следует понимать, что прогнозируемые данные были рассчитаны до пандемии Covid-19 и специальной военной операции на Украине в 2022 году (события влекут увеличение смертности и отток населения), то есть скорректированные показатели могут быть ниже.

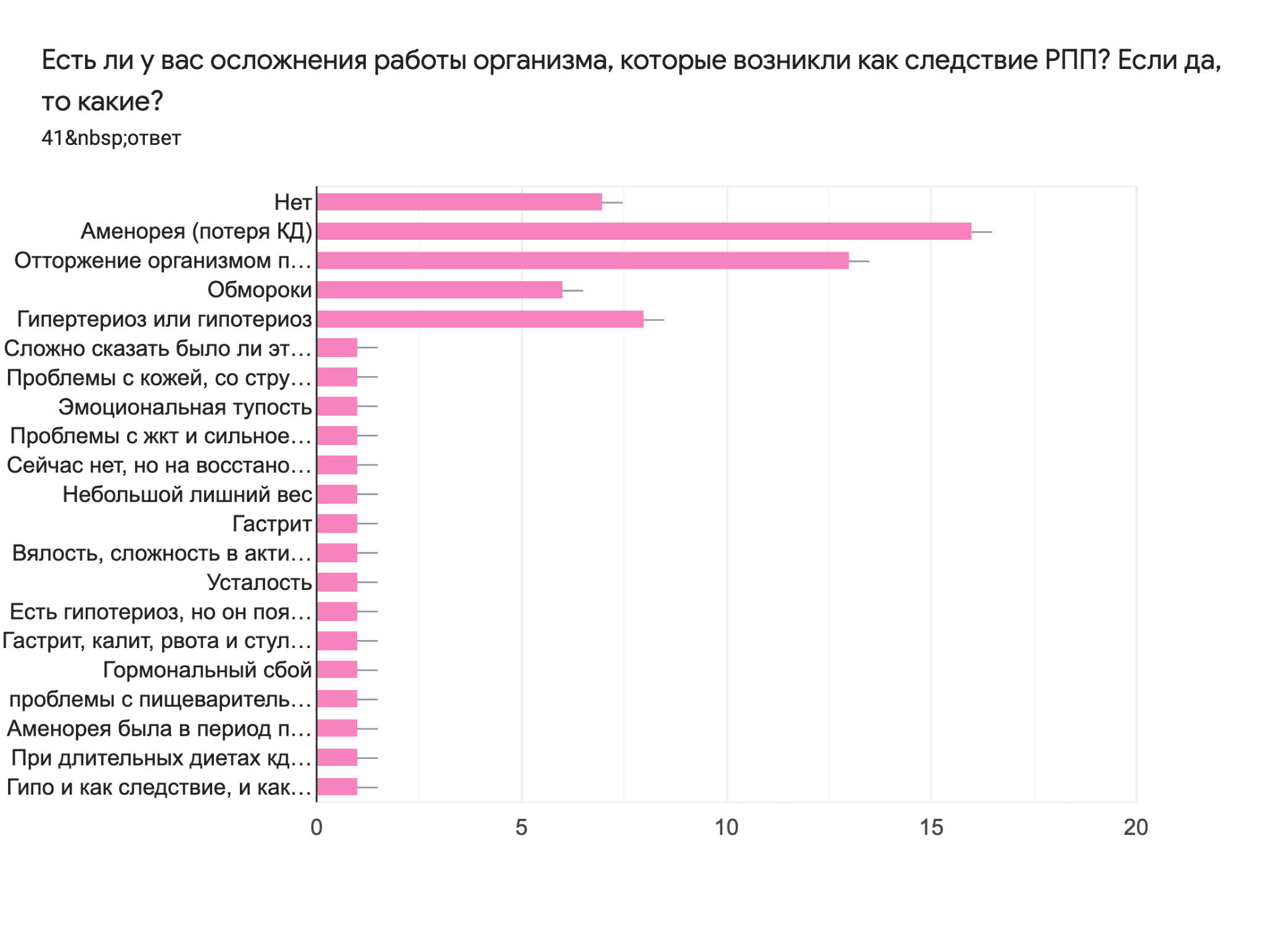
Также необходимо обратить внимание на динамику численности женской части населения в репродуктивном возрасте, так как это те граждане, здоровье которых влияет на потенциальную рождаемость. Средний возраст наступления менопаузы у женщины - 51 год[[26]](#footnote-25). Ниже приведен график динамики численности совершеннолетних женщин репродуктивного возраста в РФ (рис.2).



*Рис.2 График динамики численности совершеннолетних женщин репродуктивного возраста в РФ*

*Источник: составлено автором на основании данных Федеральной службы государственной статистики[[27]](#footnote-26)*

На представленных выше графиках можно увидеть снижение числа женщин репродуктивного возраста, при этом прогнозируемое продолжение нахождения РФ в демографической яме. Можно сделать вывод о том, что любые факторы, негативно влияющие на демографическую ситуацию в стране будут нежелательными. При этом одним из часто встречающихся последствий расстройств пищевого поведения у женщин является аменорея, которая является маркером потери репродуктивной функции. Подтверждением является опрос больных РПП, проведенный в ходе курсового исследовательского проекта «Государственная поддержка развития медицинских программ в области лечения расстройств пищевого поведения населения» в 2021-ом году. По представленным на изображении (Рис.3) данным можно увидеть, что у 39% больных РПП (из опрошенных) была аменорея, которая крайне негативно влияет на репродуктивный потенциал женщины.



*Рис. 3 Осложнения работы организма после РПП*

*Источник: составлено автором на основании данных опроса, проведенного в ходе выполнения исследования в рамках курсовой работы в 2021 году*

Таким образом, можно убедиться в том, что развитие спектра превентивных мер по работе с распространением расстройств пищевого поведения находится в интересах властей РФ, так как осложнения заболеваний описываемой группы негативно влияют на репродуктивные способности женщин.

### **1.3 Международный опыт**

#### **1.3.1 Международные исследования**

Если говорить о программах лечения расстройств пищевого поведения или же внедренных превентивных мерах в данном направлении, то следует отметить, что большинство разработанных методов вмешательств для работы с РПП связаны с пропагандой здорового образа жизни (если речь идет о компульсивных перееданиях), с обучением с целью снижения влияния медиа-пространства на человека, с коррекцией самооценки, также есть модели лечения, основанные на когнитивно-поведенческих принципах (которые нацелены на отношение к еде и поведение). По исследованию[[28]](#footnote-27) “Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents” (Pratt BM, 2002), именно модели, базирующиеся на коррекции отношения к еде, и модели медиаграмотности (снижающие влияние информационного поля на восприятие себя человеком) являются наиболее распространенными при использовании и имеют низкое негативное влияние на участников программ.

Большинство существующих программ основаны не на работе с предотвращением возникновения расстройств пищевого поведения среди населения, а на снижением влияния уже существующего у человека заболевания. Такие программы опираются на когнитивно-поведенческую психологию, коррекцию отношения к еде и своему телу.

В американской профессиональной ассоциации “NEDA” есть классификация[[29]](#footnote-28) превентивных программ, связанных с расстройствами пищевого поведения, в ней упомянуты следующие типы мероприятий:

* всеобщая / первичная профилактика - программы или мероприятия, которые направлены на всех членов популяции. Данный тип мер оптимален для государственной политики, институтов и формирования культурных установок в обществе. Подобные инструменты носят просветительский характер и позволяют охватить наибольшее число людей.
* выборочная профилактика - мероприятия, направленные на определенную группу лиц, у которых в текущих момент отсутствуют симптомы нарушений пищевого поведения, но имеется высокий риск быть подверженными данной группе расстройств из-за биологических, психологических или социокультурных факторов. Данная группа мер, как правило, подразумевает цикл учебных занятий в группе. Подобные мероприятия могут организовываться специальными ассоциациями или медицинскими центрами. Государственная поддержка при выборочной профилактике присутствует не всегда, но является важной составляющей, так как позволяет охватить большее число людей из группы риска.
* показанная / целенаправленная профилактика - программы, направленные на людей с уже формирующимися симптомами расстройств пищевого поведения, но не перешедшими на тот уровень, при котором превентивные меры окончательно потеряют эффективность. Мероприятия направлены на то, чтобы остановить развитие задатков расстройств у конкретного человека. Формой подобных мер являются индивидуальные сессии, что совпадает с традиционным клиническим лечением.

#### **1.3.2 Превентивные меры, существующие в мире**

Если говорить о превентивных программах, которые оптимально внедрять на государственном уровне, то следует обратить внимание на первые два типа описанной выше классификации: на первичную и выборочную профилактику. Подобные методы позволяют охватить наибольшее число людей, носят осведомительный характер и являются потенциально менее затратными в сравнении с целенаправленной профилактикой (групповые занятия и информирование дешевле индивидуальных сессий со специалистами, если необходимо охватить большое число людей).

Зачастую превентивные программы являются платными и помощь больным с РПП оказывается в частных медицинских центрах (платная психотерапия и стационарное лечение психических расстройств имеют высокую цену в любом регионе). Но в некоторых странах есть медицинские центры или специальные государственные программы, благодаря которым человек может получить бесплатное лечение своего расстройства. Далее будут приведены примеры таких программ:

* В Австралии на сайте Правительства Австралийской столичной территории есть специальный раздел “здоровье”, в котором особое внимание отведено ментальному здоровью. В данном разделе есть программа[[30]](#footnote-29) по работе с расстройствами пищевого поведения, подразумевающая под собой общественную терапевтическую службу, которая обеспечивает оценку и лечение людей с анорексией, булимией и компульсивными перееданиями. Программа действует для жителей столичной территории;
* В США есть ассоциация ANAD[[31]](#footnote-30) (National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders), которая является ведущей некоммерческой ассоциацией страны, предоставляющей бесплатные услуги по лечению РПП. На сайте любой пользователь может выбрать для себя любой удобный способ начала своего лечения: телефон доверия для людей с расстройствами пищевого поведения, группы поддержки сверстников, можно даже запросить наставника по восстановлению. При этом большинство услуг оказывается бесплатно, велика роль волонтеров;
* Если говорить о России, то в стране есть лишь 1 центр, который специализируется на РПП и предоставляет услуги бесплатно - клиника расстройств пищевого поведения на базе ПКБ N1 им. Н.А. Алексеева[[32]](#footnote-31). При этом услуги бесплатны только для людей, имеющих прописку в Москве, а основанием для госпитализации является ИМТ ниже 16 или чрезмерное очистительное поведение (хотя тяжелое протекание анорексии может быть диагностировано при ИМТ ниже 18 и при голодании). Программы, внедряемые на государственном уровне, отсутствуют, как и программы психологических ассоциаций, которые бы финансировались государством.

Безусловно, финансирование создания специализированных медицинских центров является крайне затратным для государства решением. Но, как можно видеть на примере ANAD в США, возможно реализовать программу поддержки и привлечь к ней волонтеров и заинтересованные медицинские центры.

Отдельное внимание следует уделить существующему в США “Body Project”[[33]](#footnote-32), который представляет из себя программу по принятию своего тела и профилактику развития расстройств пищевого поведения среди девушек старшего школьного и студенческого возраста. Проект разрабатывался исследователями Стэнфордского университета, Техасского университета в Остине и научно-исследовательского института штата Орегон. Основным форматом проекта являются двухчасовые семинары (тренинги). Что входит в программу семинара (с точки зрения участника):

* определение “идеала” внешнего вида и изучение истоков его формирования;
* изучение и описание всех затрат на достижение существующего “идеала”;
* исследование способов противостояния социальному давлению и стандартам красоты;
* обсуждение проблем со здоровьем, которые влияют на внешний вид;
* разработка индивидуальных программ по формированию поведенческих паттернов, которые в дальнейшем будут являться ответной реакцией на навязываемые нереалистичные стандарты красоты;
* изучение способов говорить о своем теле в позитивном ключе.

Данный проект можно считать выборочной профилактикой, так как он направлен на определенную группу лиц, которые имеют более выраженный риск развития нарушений пищевого поведения. Ведущий для группы в рамках данного проекта не обязан иметь образование в области психологии или психиатрии, но есть ряд требований: фасилитаторами могут стать женщины в возрасте от 18-ти лет, которые предварительно обязаны пройти специальный 8-часовой тренинг, при существовании у кандидата расстройства пищевого поведения необходимым требованием является нахождение в ремиссии. Для организации мероприятия в рамках проекта необходимо соответствовать требованиям и отправить запрос на указанный на сайте почтовый адрес.

Описанный проект финансируется ассоциацией NEDA, которая, в свою очередь, финансируется такими частными компаниями, как RBC Capital Markets, The Emily Program, Veritas collaborative и другими. Государственное финансирование отсутствует. Для участников сессий “Body Project” является бесплатным.

Методы лечения анорексии, булимии и компульсивных перееданий в разных странах схожи, о чем говорит систематический обзор[[34]](#footnote-33) зарубежных клинических рекомендаций для стационарного лечения расстройств пищевого поведения, опубликованных в ноябре 2017 года изданием “Current Opinion in Psychiatry”. Авторы обзора – группа специалистов из Германии, Нидерландов и США (Hilbert A. et al.). Данное исследование было направлено на сравнение имеющихся научно обоснованных клинических рекомендаций по лечению всех конкретных расстройств пищевого поведения. Рекомендации сводятся к акценте на амбулаторном лечении (в критических ситуациях - стационарном), регулярной психотерапии, составлении специальной диеты для коррекции веса (в случае низкого ИМТ) и фармакологии.

### **1.4 Выводы первой главы**

Исходя из изученного международного опыта, статистических данных и взаимодействия со специалистом, можно сделать вывод о значительном влиянии группы заболеваний на отдельных людей и общество в целом (так как РПП распространяется при помощи пропаганды нездоровых требований к своему телу).

По данным разных исследований, совокупно от 5 до 10% людей сталкиваются с тем или иным типом расстройства пищевого поведения. При этом среди больных значительно повышается риск самоубийства (4% людей с РПП совершают попытку суицида), а также возникают заболевания, препятствующие репродуктивной функции организма, отклонения в работе многих органов, которые ведут к серьезным хроническим заболеваниям.

Перечисленные выше последствия препятствуют улучшению существующей в России демографической ситуации, напротив - создают потенциал для увеличения смертности и снижения рождаемости населения. Существующие же методы работы с РПП направлены на уже заболевших людей и, как правило, связаны с большими финансовыми затратами со стороны семьи больного. Известные бесплатные центры поддержки, специализирующиеся на пищевом поведении, в РФ отсутствуют.

По сведениям из международного опыта, можно сделать вывод о малом количестве специализированных превентивных программ, которые действовали бы на территории всей страны, тем более - программ на государственном уровне или же с государственным финансированием. Но существует ряд проектов (“Body Project”, ANAD), которые финансируются частными компаниями и реализуют свою деятельность долгое время, мероприятия которых являются бесплатными для участников и охватывают территориальные рынки разной величины. Подобные проекты можно брать в качестве примера для создания отечественного аналога превентивных мер.

Также следует выделить первичную и выборочную профилактику как оптимальные типы мероприятий на государственном уровне. Именно эти виды мер позволяют охватить наибольшее число людей, что является значимым при расчете стоимости проекта на единицу воздействия.

Вопрос о внедрении превентивных мер в рамках профилактики группы психических расстройств, связанных с пищевым поведением населения, является значимым с точки зрения демографической ситуации в стране, а изученный опыт других стран позволяет сделать вывод о возможности создания проектов, направленных на большое число людей. Дальнейшая возможность разработки и реализации мер зависит от потенциала финансирования (как на государственном уровне, так и на частном).

## **ГЛАВА 2. ФОРМИРОВАНИЕ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ МОДЕЛИ**

### **2.1 Обзор литературы**

Тема исследовательской работы подразумевает изучение литературы и международных исследований из области медицины (основный фокус для данной выпускной квалификационной работы - психология и психиатрия). Также важен обзор исследований, связанных с международным опытом внедрения государственных превентивных мер работы с расстройствами пищевого поведения. В работе упоминается интервью с Яковенко Ларисой Васильевной (психиатр, нарколог высшей квалификационной категории, ранее работала в медицинском центре “Династия”), которое было проведено мной в рамках написания курсовой работы «Государственная поддержка развития медицинских программ в области лечения расстройств пищевого поведения населения» в 2021-ом году. Ряд информационных источников был изучен по рекомендации данного специалиста.

Ещё в предыдущем учебном году, в рамках написания курсовой работы, по рекомендации специалиста-психиатра, была изучена литература, рекомендованная к прочтению практикующим психотерапевтам и людям, страдающих от РПП. Одним из материалов была книга “Overcoming Binge Eating”[[35]](#footnote-34) (1995, Dr. Christopher Fairburn, an international expert on eating disorders). Данный источник содержит информацию, способствующую углублению понимания проблемы компульсивных перееданий и изучению вариантов работы с данным расстройством пищевого поведения. В работе рассматриваются следующие аспекты: портрет потенциального больного РПП, сходство данного типа расстройств с иными зависимостями, влияние компульсивных перееданий на психологическое и физическое здоровье, способы работы с нарушениями пищевого поведения..

Для превентивных мер, которым уделяется основное внимание в данной исследовательской работе, особенно важно определения круга лиц, на которых могут быть направлены меры. Исходя из содержания “Overcoming Binge Eating”, можно выделить маркеры для определения групп людей, склонных к развитию расстройств пищевого поведения. Можно выделить следующие особенности, сигнализирующие о повышенном риске развития РПП:

* Наличие различных зависимостей и психических расстройств у близких родственников;
* Эмоционально нестабильные отношения в семье, где рос человек;
* Вырабатываемое с детства восприятие еды как позитивных санкций;
* Постоянное нахождение в стрессовом состоянии (из-за чего повышается уровень кортизола);
* Гормональный сбой (проблемы выработки дофамина и эндорфинов, нарушения работы эндокринной системы).

Данные симптомы описываются как основные причины развития компульсивных перееданий у людей. Также была изучена базовая литература о нервной анорексии, рекомендованная специалистом, - книга “Нервная анорексия”[[36]](#footnote-35) (1986 г., Коркина М. В.). В данной работе качестве маркеров расстройств пищевого поведения указаны следующие факторы:

* Влияние микрогруппы, эталоны внешности и стандарты красоты, существующие в микрогруппах;
* Психотравмирующие переживаний, пережитые человеком в пубертатном периоде;
* Склонность к перфекционизму, повышенная тревожность;
* Нарушения выработки гормонов в организме.

Можно отметить, что в обоих источниках выделяются социальные (коммуникации в микрогруппах), генетические (наличие психических расстройств и зависимостей у членов семьи близких родственников), биологические (гормональные сбои в организме) группы факторов.

Было изучено исследование о маркерах развития РПП у юных женщин с нарушениями менструального цикла (Пичиков А.А., Факторы риска нарушений пищевого поведения у девушек-подростков с дисрегуляцией менструального цикла, 2020, Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 2020, No 4, с. 50-64). В исследовании выбрано 6 основных факторов: позитивное самоотношение, негативная оценка тела, самообвинение, социальная тревога, перфекционизм, уверенность в себе. Данные факторы относятся к группе психологических факторов (некоторые также можно отнести к социальным). В ходе исследования выявлено высокое значение факторов самоотношения, перфекционизма и уверенности в себе. Также в работе упомянута значимость иных групп факторов, не рассматриваемых в труде, - биологических и социальных.

В заключении исследования предложены рекомендации по психопрофилактическим работам с подростками: психотерапевтическая работа (групповая работа наиболее предпочтительна, так как позволяет преодолеть сложности в межличностных коммуникациях), в качестве дополнительной меры может использоваться профилактическая работа с родителями девушек с РПП (для коррекции эмоциональных отношений в малой социальной группе).

Рассматривались материалы и о профилактике ожирения, так как частой причиной данного заболевания являются компульсивные переедания (один из типов расстройств пищевого спектра). В одной из статей о профилактике детского ожирения (Jennifer A. O’Dea, Prevention of child obesity: ‘First, do no harm’, Health education research, vol.20 no.2 2005, pages 259–265) были рассмотрены существующие превентивные меры в сфере работы с избыточным весом. В статье уделено особое внимание критике пропаганды здорового образа жизни, соблюдение диет и правильного питания: сообщается, что подобные программы, транслируемые государством, воздействуют не на целевую аудиторию, а в большей степени на девушек и юношей (реже), которые не имеют предрасположенности к ожирению, но склонны к излишнему самоконтролю. Подобные кампании часто приводят именно к развитию ограничительного типа пищевого поведения, который может со временем трансформироваться в нервную анорексию, булимию или же орторексию. Также в работе уделяется внимание активным маркетинговым кампаниям табачной отрасли в США в 50-80–ых годах: корпорации распространяли информацию о том, что курение сопутствует снижению веса.

Основным заключением исследования о профилактики ожирения является следующая рекомендация: массовые рекламные кампании, программы общего информирования в области профилактики ожирения не должны сводиться к лечению, а должны носить лишь информационный характер и содержать общую информацию. Лишь врачи и специализированные медицинские центры могут работать с коррекцией веса, а превентивные должны быть направлены именно на формирование позитивного восприятия тела и просветительскую деятельность.

Также было рассмотрено исследование о комплексной профилактике ожирения и расстройств пищевого поведения (David Sa ́nchez-Carracedo, Integrated prevention of obesity and eating disorders: barriers, developments and opportunities, Public Health Nutrition: 15(12), 2295–2309). В статье рассмотрены различные существующие превентивные меры, акцентируется внимание на необходимости исключения из комплекса мер, направленных на формирование стереотипов о социально приемлемом телосложении. В качестве удачного проекта упомянута программа ‘New Moves’ - занятия физической культуры для девушек, которые направлены на развитие привычки ведения активного образа жизни. В проекте существовали дополнительные мероприятия, способствующие улучшению режима питания без диет и формирования стереотипов о внешности.

Важным источником информации стало интервью со специалистом области психотерапии и психиатрии (Яковенко Лариса Васильевна, психиатр, нарколог высшей квалификационной категории, работала в медицинском центре “Династия”, интервью проводилось в 2021-ом году в рамках написания курсовой работы). Из проведенного интервью были сделаны следующие выводы по специфике расстройств пищевого поведения в РФ:

* Зачастую расстройства пищевого поведения у женщин связаны с наличием отклонений в здоровье, связанных с эндокринологией и гинекологией;
* Нарушения пищевого поведения часто протекают параллельно с иными психическими расстройствами, среди которых можно выделить рекуррентную депрессию, биполярное аффективное расстройство, пограничное расстройство личности, обсессивно-компульсивное расстройство, реже - шизофрению;
* По оценке специалиста, в России наиболее распространенным типом расстройств пищевого поведения являются компульсивные переедания, что можно связать с соотношением цен на фастфуд и качественные здоровые продукты, а также с низкой степенью толерантности к внешнему виду людей;
* Основной категорией населения, наиболее подверженной развитию расстройств пищевого спектра, являются девушки и молодые люди в возрасте 15-25 лет, при этом со временем нижний возрастной барьер опускается и может соответствовать началу пубертатного периода;
* Специалистом была отмечена необходимость развития превентивных мер на государственном уровне, также упомянута необходимость наделения спектра профилактических кампаний именно информационным характером. Акцентировалось внимание на значимости отсутствия в потенциально предлагаемых мерах предпосылок для стигматизации какого-либо телосложения, ИМТ и образа жизни, что может негативно влиять на иные заболевания психики.

Для более глубокого ознакомления с темой было уделено внимание публикациям международного журнала “Eating Disorders”[[37]](#footnote-36), в котором был найден ряд материалов, в той или иной степени повлиявших на формирование общего понимания тематики исследования.

### **2.2 Теоретическая модель**

#### **2.2.1 Описание факторов, задействованных в исследовательской модели**

Для разработки спектра превентивных мер для контроля развития расстройств пищевого поведения среди населения, изначально необходимо выделить основные факторы, которые влияют на возникновение и развитие склонности человека к нарушению отношений с едой и телом.

Исходя из интервью со специалистами, а также существующей в медицине биопсихосоциальной модели[[38]](#footnote-37), можно сделать вывод о наличии основных трех групп факторов, влияющих на психические заболевания пищевого спектра: биологический, социальный и психологический. Далее будет отдельно разобрана каждая группа факторов.

**Биологическая группа факторов**, влияющих на развитие РПП подразумевает под собой специфические особенности организма, которые могут служить маркером для определения склонности человека к анорексии, булимии или компульсивным перееданиям. К данной группе факторов можно отнести следующие показатели:

* Наличие заболеваний эндокринной системы (сахарный диабет, гипотериоз, гипертериоз, аутоимунный тиреоидит etc), такие заболевания требуют непрерывную терапию и соблюдение диеты (медицинская диета часто может вызывать отклонения в пищевом поведении);
* Наличие гормональных сбоев в организме (сбой в соотношении тестостерона и прогестерона, а также недостаточная или излишняя выработка кортизола могут негативно влиять на организм в целом и пищевое поведение в частности, например, излишний кортизол может провоцировать инсулинорезистентность, а переизбыток инсулина может провоцировать жировые накопления в организме; также важно рассматривать сбои в соотношении грелина и лептина, которые отвечают в организме за чувство голода и насыщения);
* Наличие хронических заболеваний репродуктивной системы (эндометриоз, миома матки, поликистоз яичников, простатит etc), подобные отклонения могут сопровождаться регулярными гормональными сбоями и при отсутствии терапии приведут к нарушению ;
* Наличие зависимостей у близких родственников (алкогольная, наркотическая, никотиновая, пищевая зависимость в разрезе 3 поколений семьи), важность данного фактора обусловлена генетической составляющей (склонность к психиатрическим заболеваниям, в том числе - зависимостям, является наследственной);
* Наличие психических заболеваний у близких родственников (БАР, шизофрения, ОКР, депрессия, ПРЛ в разрезе 3 поколений семьи), данный фактор тоже обусловлен генетикой.

**Социальная группа факторов** подразумевает под собой особенности коммуникации в малых и больших социальных группах, а также культурные особенности, социальные тенденции, существующие в обществе, в котором находится человек. К группе социальных факторов относятся:

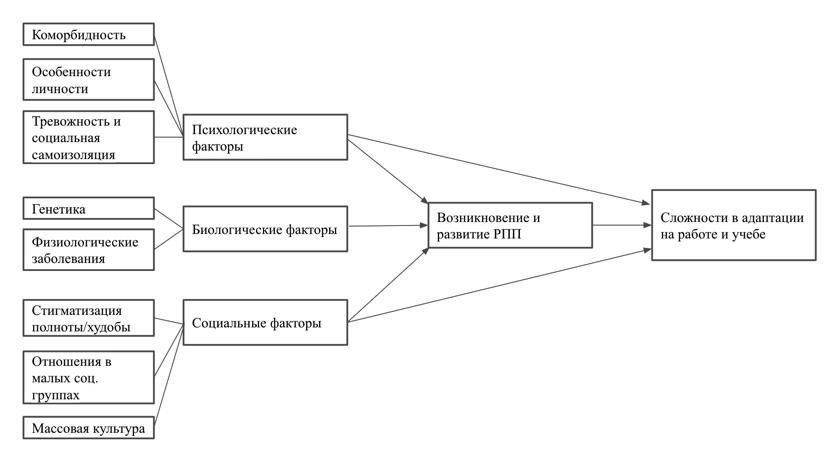
* Отношение в обществе к понятию красоте: наличие единого стандарта, к которому стремятся члены общества (важно не только наличие стандартов, но и стремление к ним, степень зависимости самооценки члена общества от близости к данному эталону) ;
* Стигматизация полноты или худобы в социальных группах, к которым себя относит человек (проявление нетерпимости к отличающемуся от существующего стандарта телосложению);
* Отношения в семье человека: наличие тесной эмоциональной связи с родителями, степень контроля за действиями и мыслями со стороны родителей, уровень доверия в отношениях, комфортность отношений для человека (данные факторы характеризуют уровень стресса, который присутствует при общении в малой социальной группе, что влияет на выработку гормонов в организме);
* Отношения с близкими людьми (кроме семьи): уровень доверия в отношениях, комфортность отношений для человека (описанные факторы тоже влияют на наличие и уровень стресса, который испытывает человек при общении в малой социальной группе, излишний стресс провоцирует чрезмерную выработку кортизола, может произойти гормональный сбой);
* Наличие/частота оценочных негативных высказываний о внешности человека со стороны окружающих (высказывания как о внешности самого человека, так и о внешнем виде других людей; подобные ситуации приводят к нарушению самооценки и излишнем ее базировании на состоянии телосложения, также может увеличиваться самоконтроль и снижаться уровень доверия в межличностных коммуникациях);
* Позиционирование еды как награды в детстве (при наличии данного аспекта у человека мог выработаться поведенческий паттерн “еда = награда”).

**Группа психологических факторов** включает в себя индивидуальные особенности устройства психики конкретного индивида:

* Склонность человека к перфекционизму (стремление довести все до идеала может стать причиной развития нервной анорексии или булимии);
* Строгость по отношению к себе: стремление к наказанию за несоблюдение норм, недостижение определенных показателей (излишняя самокритичность может являться фактором развития отклонений пищевом поведении);
* Склонность к тотальному контролю всего в жизни человека (строгий график дня, подсчёт количества шагов, пройденных за день, контроль калорийности рациона питания; излишний контроль приводит к тому, что несоблюдение “нормы” может повлечь за собой некоторые “наказания”);
* Развитость аутоагрессии (осознанное причинение себе физического и морального вреда - нанесение порезов, удары руками о стены, обливание себя ледяной или горячей водой etc; склонность к аутоагресии может со временем начать включать в себя наказание организм голодом);
* Уровень потребности в общении с социумом, наличие социальной тревожности (социальная изоляция часто служит причиной усложнения отношений с едой, так как отсутствует внешний фактор контроля количества употребляемой пищи);
* Наличие иных зависимостей у человека (наркотическая, алкогольная, никотиновая зависимость), пищевые расстройства тоже являются видом зависимости, из-за коморбидности часто присутствует корреляция между склонностью к различным видам зависимостей у одного и того же человека;
* Наличие психических расстройств у человека (БАР, шизофрения, ОКР, депрессия, ПРЛ и так далее), из-за коморбидности данный фактор может являться риском развития расстройств пищевого поведения у индивида;
* Развитие дисморфофобии у человека (искаженного представления о собственном теле) - данный показатель может быть причиной дальнейшего развития нервной анорексии или булимии, так как в сознании человека может присутствовать иллюзия собственного лишнего веса вне зависимости от ИМТ и фактического телосложения.

Перечисленные выше факторы и показатели являются факторами риска возникновения и развития расстройств пищевого поведения. Каждая из описанных специфических особенностей может нести свой вклад в развитие психических расстройств пищевого спектра. Следовательно, для дальнейшего определения превентивных мер необходимо изучить степень влияния групп факторов.

#### **2.2.2 Описание модели исследования**

В качестве базы модели данного исследования рассматривается биопсихосоциальная модель, которая активно используется в медицине, психологии и социологии. Модель была разработана Д.Энджелом[[39]](#footnote-38).

*Рис. 4 Модель исследования*

*Источник: составлено автором*

В модели отражены основные факторы, которые входят в социальную, биологическую и психологическую группы, которые описывались ранее. Из психологических факторов выбраны коморбидность психических расстройств у человека, особенности личности (перфекционизм, чрезмерно развитый контроль, склонность к аутоагрессии), а также наличие у индивида тревожности и склонности к изоляции от социума. К биологическим факторам относятся генетические особенности (необходимо изучать наличие психических расстройств у родственников) и наличие физиологических заболеваний (нарушения в работе эндокринной системе и репродуктивной). К социальной группе в исследовании относятся факторы наличия стигматизации полноты и худобы в окружении человека, качество отношений в социальных группах и влияние массовой культуры.

Также в модели отображена зависимость между наличием у человека расстройств пищевого поведения и склонностью к сложностям при адаптации на работе или учебе (в новой социальной группе). На данный показатель, помимо наличия нарушений в пищевом поведении, могут влиять психологические и социальные факторы. Показатель адаптивности включен в модель, так как он напрямую влияет на способность человека выполнять свой функционал на учебе и работе, в глобальном смысле это влияет на уровень образованности и занятости населения.

Исходя из коммуникаций со специалистами, изучения литературы и существующих в психиатрии моделей, можно выдвинуть гипотезу о том, что все группы факторов, отображенные в модели оказывают влияние на формирование и развитие расстройств пищевого спектра.

В ходе исследования необходимо рассмотреть влияние всех трех групп факторов на развитие расстройств пищевого поведения и, как следствие, адаптивность человека в новых социальных группах. На основании полученных данных будут предлагаться превентивные меры. Важно учесть соотношение факторов в предлагаемых мероприятиях.

При работе с моделью необходимо выполнить следующие составляющие:

* Изучение влияния групп факторов на разные группы населения в целом;
* Изучение зависимости уровня адаптивности человека от нарушений пищевого поведения, а также социальных и психологических факторов;
* Выявление влияния групп факторов на развитие отклонений в пищевом поведении.

На основании полученных результатов будет необходимо разработать предупреждающие меры, которые могут быть введены на государственном уровне или же спонсированы государством. Также от результатов работы с моделью зависит структура профилактического занятия, которое будет носить характер осведомления и являться результатом исследования.

### **2.3 Методы исследования**

#### **2.3.1 Интервью**

Основными методами исследования в данной работе являются: интервью со специалистом, опросы и эконометрический анализ. Интервью проводилось в 2021-ом году со специалистом медицинского центра “Династия” - Яковенко Ларисой Васильевной (психиатр, нарколог высшей квалификационной категории).

Проведение индивидуального интервью (вербально-коммуникативного метода исследования, предполагающего диалог интервьюера и эксперта, выступающего интервьюируемым субъектом) происходило по заранее подготовленным вопросам (блокам вопросов), среди которых можно выделить:

* Общие показатели расстройств в РФ, тенденция заболеваемости и протекания расстройств, гендерная и возрастная оценочная статистика;
* Особенности протекания расстройств и их коморбидность;
* Специфика лечения расстройств пищевого поведения;
* Специфика взаимодействия со специалистами в ходе лечения расстройств;
* Обсуждение потенциальных превентивных мер.

В ходе интервью была получена необходимая информация о коморбидности заболеваний психики, о тенденциях расстройств пищевого поведения в России, с которыми сталкивался специалист, а также о специфике лечения. Обсуждались психологические особенности людей, склонных к развитию пищевых нарушений. Более подробный разбор интервью описан в обзоре литературы данной исследовательской работы.

#### **2.3.2 Опросы**

В ходе исследования были проведены опросы - сборы первичных эмпирических данных путем письменного взаимодействия. Всего было реализовано 2 опроса. Первый опрос проводился в 2021-ом году (в ходе написания курсовой работы), респондентами выступали люди, которые столкнулись с расстройствами пищевого поведения. Второй опрос, проведенный в 2022-ом году проводился на базе людей 16-25 лет, проживающих в крупных городах РФ. Опрос связан с исследованием зависимости адаптации в социуме и особенностей пищевого поведения (опрос базируется на исследовательской модели работы), не все участники сталкивались в своей жизни с расстройствами пищевого поведения.

В опросе, касающемся исследования зависимости поведения в социуме и особенностей пищевого поведения, были выделены следующие блоки:

* Основные социально-демографические данные респондента (пол, возраст, место проживания, уровень образования, текущий род деятельности , уровень дохода);
* Данные, касающиеся биологических факторов (здоровье эндокринной и репродуктивной систем, наличие гормональных сбоев, наличие зависимостей и психических расстройств у близких родственников респондентов);
* Данные, касающиеся социальных факторов (уровень комфортности отношений с семьей и окружением, наличие оценочных суждений внешности и телосложения респондента со стороны семьи и окружения, наличие позиционирования еды в качестве награды в детстве респондента, уровень контроля в семье, существование стандартов красоты в социуме, где находится респондент, наличие стигматизации отличного от “эталона” телосложения);
* Данные, касающиеся психологических факторов (перфекционизм, склонность к контролю и аутоагрессии, уровень личной потребности в социуме, опыт психотерапии, наличие психических расстройств и зависимостей, уровень счастья);
* Отдельно следует вынести вопросы о наличии у респондентов расстройств пищевого поведения, о зависимости самооценки от внешнего вида, о наличии сложностей в коммуникациях при негативной самооценке внешности, об адаптивности в новых социальных группах (на работе и учебе), а также о вовлеченности в социальную жизнь коллектива;
* Также было собрано мнение респондентов о различных типах превентивных мер, таких как тематические занятия в учебных заведениях, посещение психиатра в ходе ежегодного медицинского осмотра, прохождение тестирований в учебных заведениях.

В конце опроса у респондентов была возможность по желанию оставить свои предложения, связанные с профилактическими мерами по работе с расстройствами пищевого поведения.

Целевой аудиторией данного опроса являлись учащиеся: ученики старших классов школ и студенты. Данный выбор обусловлен выводом о возрасте людей, находящихся в группе риска возникновения развития различных расстройств пищевого поведения, который был сформирован при изучении специализированной литературы, международного опыта и при проведении интервью со специалистом.

Опрос не проводился на узкую аудиторию - людей с расстройствами пищевого поведения, так как подобное исследование проводилось в прошлом году (первичные данные уже собраны). Также необходимо было собрать общий срез, для дальнейшего распределения по группам (кластерам), для которых применимы различные превентивные меры. Опросный лист можно увидеть в приложении к данной работе.

#### **2.3.3 Статистический анализ данных**

Для обработки полученных в ходе опроса первичных данных, в исследовании применялись методы статистического анализа. Основным методом, который использовался для сегментации респондентов и определения групп людей, под которых в дальнейшем осуществляется подбор оптимальных превентивных мер, стал кластерный анализ.

Кластерный анализ - статистическая процедура, которая проводится на количественных данных (в нашем случае), содержащих информацию о выборке респондентов. Основной задачей данного типа анализа является упорядочивание объектов исследования в однородные группы (кластеры).

Данный тип анализа часто применяется в психологических, маркетинговых и социальных исследованиях, так как позволяет сегментировать объекты исследования. Эта функция является значимой для разработки превентивных мер под портреты потребителей данных мер.

Некоторые превентивные меры, такие как обязательное посещение психиатра или психотерапевта, могут навредить некоторым группам населения, тогда как для ряда людей данные профилактические мероприятия могут являться необходимостью. Анализ позволяет заранее собрать данные о психологических особенностях и отношении к разным мерам среди определенных групп. Также подобный исследовательский элемент позволяет оценить, на каких группах населения лучше сосредоточить внимание в ходе разработки мер. Это значимо, так как существуют множественные ограничения для реализации профилактических программ, в том числе - бюджетные. Точечное воздействие может быть более эффективным, чем массовые меры.

### **2.4 Выводы второй главы**

На основании изученного ранее международного опыта, а также специализированной литературы и работ в области психологии, психиатрии и диетологии, применимых для данной работы, была сформирована исследовательская модель, на базе которой должно формироваться представление о объектах исследования.

Модель основывается на биопсихосоциальная модель, которая включает влияние биологических, психологических и социальных факторов на исследуемое явление (в нашем случае - возникновение и развитие расстройств пищевого поведения). Также в модель включено влияние наличия нарушений пищевого поведения, социальных и психологических факторов на сложности при адаптации человека в новых социальных группах - на работе и учебе.

Изученная литература и интервью со специалистом позволили сформировать итоговые методы исследования: был сформирован опрос, который направлен на сбор первичных данных. Срез данных необходим для дальнейшего анализа и подготовки превентивных мер под потребности различных сегментов населения.

Опрос содержит сбор данных, связанных со всеми группами факторов, рассматриваемых в модели исследования, - биологические, социальные и психологические факторы. Также собирается отношение респондентов к тем или иным типам превентивных мер, в конце опроса респонденты имели возможность поделиться своими предложениями по превентивным мерам в области предупреждения возникновения и развития расстройств пищевого поведения среди населения.

На базе собранных данных применяется кластерный анализ, который помогает сформировать однородные группы респондентов для дальнейшего формирования спектра профилактических мероприятий. Также анализ позволяет увидеть особенности групп населения (на примере выборки), их взглядов и поведенческих характеристик, а также отношение к различным мероприятиям.

Далее будут рассмотрены результаты применения описанных методов исследования (опроса и эконометрического анализа), на основании которых будут предложены превентивные меры для различных групп населения.

## **ГЛАВА 3. АНАЛИЗ ДАННЫХ И РЕКОМЕНДАЦИИ**

### **3.1 Описание полученных данных**

#### **3.1.1 Описательная статистика**

В предыдущей главе, при рассмотрении методов исследования, были описаны основные вопросы, затронутые при сборе первичных данных. В данном разделе будет рассмотрена описательная статистика по выборке, которая была собрана в ходе проведения исследования.

Выборка охватывает респондентов в возрасте 16-25 лет (юные люди, у которых завершается формирование психики). Основные социально-демографические показатели выборки:

* Всего в опросе было задействовано 162 респондента, среди которых было 122 женщины и 40 мужчин;
* Средний возраст респондентов составил 20 лет, минимальный - 16, максимальный - 30 (респондентов старше 25 лет менее 5 %);
* Большая часть респондентов проживает в Санкт-Петербурге, четверть - в Новосибирске, также присутствуют респонденты из Москвы, Екатеринбурга, Ростова-на-Дону;
* 51% респондентов на данный момент только обучается (в школах и высших учебных заведениях), 37% обучаются и работают одновременно;
* Подавляющее большинство опрошенных (72%) на данный момент имеют неоконченное высшее образование - то есть в процессе обучения на программах бакалавриата. Также 11% респондентов на момент проведения опроса получали среднее образование;
* Усредненные показатели дохода выборки говорят о возможности респондентов спокойно покупать продукты и одежду, а также некоторые типы техники, но наличие необходимости накоплений или кредитов для покупки дорогостоящих товаров. Всего 14% опрошенных имеют доход ниже среднего, 49% респондентов оценивает свой доход как “средний”, 32% - выше среднего, 5% отмечает, что может позволить себе абсолютно все;
* 78% респондентов в момент проведения опроса проживало с кем-то (не одни - с родителями, партнером, друзьями или детьми).

Если говорить о биологических факторах, которые были затронуты различными вопросами в исследовании, то:

* Всего 11% респондентов отмечают нарушения в работе эндокринной системе (диабет, аутоиммунный тиреоидит, гипотериоз, гипертериоз и т.д.);
* 17% участников опроса отмечают заболевания или дисфункции репродуктивной системы (миома матки, поликистоз яичников, аменорея и т.д.), при этом данный вопрос предназначался только для женщин, так что 18% женщин-участниц исследования отметили сложности с данным аспектом здоровья;
* 50% респондентов наблюдали гормональные сбои в своём организме;
* 62% участников отметили наличие зависимостей у близких родственников (алкогольная, никотиновая, пищевая или наркотическая), 20% сообщило о наличии у родственников психических заболеваний.

Общая статистика по социальным факторам такова:

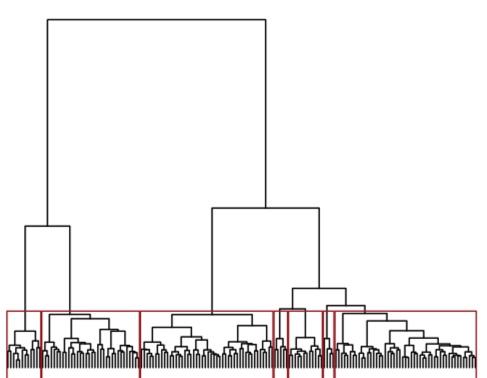
* 88% оценивает качество своих отношений с семьей как среднее и выше, 100% оценивает отношения с окружением (кроме семьи) как приемлемые, хорошие или отличные ;
* С оценкой своего телосложения со стороны семьи сталкивалось 65% респондентов, со стороны иных членов окружения - 50%;
* 45% респондентов отмечают, что в детстве их близкие родственники позиционировали еду как вознаграждение за что-то;
* Что касается контроля со стороны семьи, то 12% подверглось тотальному контролю со стороны родителей, 65% отметили наличие умеренного контроля семьи, остальные упомянули полную свободу действий;
* 17% участников опроса отмечают, что замечают существование стандартов красоты в их окружении, при этом 10% сталкивались со стигматизацией “нетипичного” телосложения в своих социальных группах.

При разговоре о психологических особенностях респондентов, участвовавших в опросе, необходимо зафиксировать следующее:

* Склонность к перфекционизму проявляется у 89% опрошенных, 81% склонны к повышенному контролю происходящего в их жизни;
* 28% респондентов склонны к проявлению аутоагрессии (порезы тела, удары частями тела о стены, осознанное нанесение увечий своему здоровью);
* 43% имеют опыт посещения психотерапевта или психиатра;
* 11% отмечает у себя наличие психических расстройств, 30% - наличие какого-либо рода зависимости;
* 90% характеризуют свою потребность в социуме как среднюю и выше среднего;
* 57% отмечает высокую зависимость их самооценки от внешности и текущего телосложения, 22% сообщают об умеренной зависимости;
* 32% респондентов отмечают, что испытывают значительную сложность в коммуникациях в те моменты, когда их внешний вид и телосложение некомфортно для них, еще 19% отмечает умеренное наличие сложностей;
* 9 % оценивают свой уровень счастье ниже среднего состояния.

Также важно отметить, что существование (в текущий момент или в прошлом) у себя расстройств пищевого поведения отметило 25% участников опроса. При этом 17% сказало о заметных сложностях в адаптации в коллективах, еще 25% указали наличие умеренных трудностей. Всего 9% отмечает низкий уровень вовлеченности в социальную жизнь рабочих или учебных коллективов, еще 35% сообщают об умеренной вовлеченности (не слишком высокой).

На основании полученных первичных данных был проведен кластерный анализ, с результатами которого можно ознакомиться на изображении ниже (Рис. 5).

****

*Рис. 5 Кластерная дендрограмма*

*Источник: расчеты автора*

#### **3.1.2 Описание обозначения данных для кластеризации**

Для кластеризации ряд качественных данных был переведен в количественные показатели с целью упрощения исследования выборки. Данные изначально собирались таким образом, чтобы их можно было форматировать для использования в анализе. Ниже будут представлены переменные анализа и информация по дешифровке значений.

* gen - пол респондента (0 - женщина, 1 - мужчина);
* age - возраст (число полных лет);
* loc - город проживания респондента (1 - Москва, 2 - Санкт-Петербург, 3 - Новосибирск, 4 - Екатеринбург, 5 - Казань, 6 - другое);
* act - текущий род деятельности участника опроса (1 - респондент учится, 2 - работает, 3 - работает и учится, 4 - не работает и не учится);
* educ - уровень образования респондента (1 - неоконченное среднее, 2 - среднее образование, 3 - среднее профессиональное, 4 - неоконченное высшее, 5 - высшее образование);
* liv - наличие сожителя у респондента (1 - живет с кем-то, 0 - живёт один);
* inc - уровень дохода респондента (1 - низкий, 2 - ниже среднего, 3 - средний, 4 - выше среднего, 5 - высокий);
* end - степень здоровья эндокринной системы у респондента (от 1 до 5, 1 - большие проблемы со здоровьем, 5 - нет никаких проблем со здоровьем);
* rep - степень здоровья репродуктивной системы у респондента (от 1 до 5, 1 - большие проблемы со здоровьем, 5 - нет никаких проблем со здоровьем; 0 - мужчина);
* gor - наличие гормонального сбоя у респондента (1 - были сбои, 0 - не было сбоев);
* adre - наличие зависимостей у членов семьи (1 - были/есть зависимости, 0 - отсутствие зависимостей);
* psyre - наличие заболеваний психики у родственников (1 - были/есть заболевания, 0 - отсутствие заболеваний);
* fam - качество отношений в семье, где рос респондент (1 - крайне тяжелые, 2 - относительно тяжелые отношения, 3 - обычные отношения, усредненные характеристики, 4 - неплохие отношения, скорее положительные, 5 - отличные взаимоотношения);
* food - присутствие позиционирования еды как награды в детстве респондента (1 - было, 0 - не было);
* markfam - Наличие оценочных суждения о телосложении респондента со стороны семьи (1 - были, 0 - не было);
* cont - степень контроля со стороны семьи (1 - доверие и низкий уровень контроля, 2 - средний уровень контроля, 3 - высокий уровень контроля);
* soc - качество отношений с окружающими, кроме семьи (1 - крайне тяжелые, 2 - относительно тяжелые отношения, 3 - обычные отношения, усредненные характеристики, 4 - неплохие отношения, скорее положительные, 5 - отличные взаимоотношения);
* mrksoc - наличие оценочных суждения о телосложении респондента со стороны окружающих (1 - были, 0 - не было);
* beaut - наличие единого стандарта красоты, к которому стремятся в социуме респондента (1 - есть, 0 - отсутствуют или не проявляются открыто);
* stigma - наличие проявлений в социуме респондента проявления нетерпимости к "нестандартному" телосложению (1 - есть, 0 - отсутствует);
* perf - является ли респондент перфекционистом (1 - нет, 2 - частично, 3 - да);
* selfcont - склонен ли респондент к контролю себя и всего в жизни (1 - совсем нет, 2 - скорее нет, 3 - когда как, 4 - скорее да, 5 - да);
* auto - наличие у респондента склонности к аутоагрессии (1 - есть, 0 - отсутствует);
* needsoc - уровень потребности в социуме респондента (1 - низкая потребность, 2 - скорее низкая, 3 - средний уровень, 4 - скорее высокий уровень, 5 - высокий уровень потребности);
* spec - обращался ли респондент к психологу/психотерапевту/психиатру (1 - обращался, 0 - не обращался);
* psyself: 1 - наличие, 0 - отсутствие;
* adself: 1 - наличие, 0 - отсутствие;
* boyest - степень зависимости самооценки респондента от его внешности (1 - сильная зависимость, 2 - скорее сильная зависимость, 3 - средняя степень зависимости, 4 - скорее низкая зависимость, 5 - отсутствие зависимости);
* comdif - степень осложнения коммуникаций с внешней средой в момент недовольства внешним видом (1 - отсутствие осложнений, 2 - скорее отсутствие осложнений, небольшие трудности, 3 - умеренное присутствие некоторых осложнений, 4 - заметное присутствие трудностей, 5 - сильные трудности в коммуникации);
* hap - в какой степени респондент считает себя счастливым (1 - совсем не считает, 2 - почти не считает, 3 - усредненное значение счастья, 4 - скорее считает, 5 - точно считает);
* ed - наличие РПП у респондента (1 - наличие, 0 - отсутствие);
* adapt - степень сложности адаптации респондента в новом учебном/рабочем коллективе (1 - сложная адаптация, 2 - скорее сложная адаптация, 3 - среднее значение, 4 - скорее лёгкая адаптация, 5 - лёгкая адаптация);
* soclife - степень вовлеченности респондента в социальную жизнь рабочего/учебного коллектива (1 - низкая вовлеченность, 2 - скорее низкая, 3 - средняя вовлеченность, 4 - скорее высокая вовлеченность, 5 - высокая вовлеченность).

На основании описанных данных проводился кластерный анализ, результаты которого представлены в следующем разделе работы.

### **3.2 Описание результатов анализа и расчетов**

#### **3.2.1 Описание кластеров**

На основании полученных в ходе проведения опроса данных был проведен кластерный анализ, направленный на образование сегментов населения (на примере выборки) для дальнейшей разработки превентивных мер под потребности разных целевых аудиторий.

Далее будут перечислены получившиеся кластеры аудитории с описанием их потребительского портрета (в разрезе потребления программ превентивных мер).

1. **Первый кластер - “Девушки, которых критикуют”.**

Величина кластера - 12 респондентов.

*Таблица 1. Статистические данные первого кластера*

| **gen** | **age** | **loc** | **act** | **educ** | **liv** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0.00 | 21.08 | 1.92 | 1.16 | 4.16 | 0.83 |
| **inc** | **end** | **rep** | **gor** | **adre** | **psyre** |
| 3.66 | 4.83 | 4.83 | 0.50 | 0.58 | 0.25 |
| **fam** | **food** | **markfam** | **cont** | **soc** | **mrksoc** |
| 3.42 | 0.33 | 0.83 | 1.83 | 3.75 | 0.75 |
| **beaut** | **stigma** | **perf** | **selfcont** | **auto** | **needsoc** |
| 0.08 | 0.08 | 2.00 | 4.08 | 0.50 | 3.83 |
| **spec** | **psyself** | **adself** | **bodyest** | **comdif** | **hap** |
| 0.58 | 0.17 | 0.17 | 1.08 | 1.08 | 3.00 |
| **ed** | **adapt** | **soclife** | - | - | - |
| 0.33 | 2.75 | 3.08 | - | - | - |

*Источник: расчеты автора*

К первому кластеру относятся девушки, у которых есть выраженная зависимость между самооценкой и внешним видом (1,08 из 5). У ⅓ из них есть расстройства пищевого поведения. Средний возраст - 21 год, большая часть учится, проживают преимущественно в Москве и Санкт-Петербурге, большая часть живет с кем-то. Многие получает или имеют высшее образование. Доход выше среднего. Часто получали оценку внешнего вида от семьи и окружения (0,83 и 0,75). У половины респондентов были гормональные сбои, значительные нарушения работы эндокринной и репродуктивных систем отсутствуют. Уровень адаптивности и сопричастности к социальной жизни коллектива средний (2,75 и 3,08 соответственно). Склонны к излишнему контролю происходящего в жизни (4,08). Отмечено наличие зависимостей у родственников 58% респондентов, а также у 17% самих респондентов. У половины группы выражена аутоагрессия.

Данная группа имеет достаточно хорошие показатели, связанные со здоровьем (биологические факторы), проблемы возникают при частом столкновении с критикой. Они регулярно слышали комментарии о внешнем виде от окружающих, что повлекло искажение восприятия себя и зависимость самооценки от внешнего вида. Имеют затруднения с адаптацией и вовлеченностью в социальную жизнь коллектива. У группы сильное влияние социального и психологического факторов.

1. **Второй кластер - “Преодолевающие трудности девушки”.**

Величина кластера - 49 респондентов.

*Таблица 2. Статистические данные второго кластера*

| **gen** | **age** | **loc** | **act** | **educ** | **liv** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0.00 | 21.12 | 2.08 | 2.73 | 4.02 | 0.71 |
| **inc** | **end** | **rep** | **gor** | **adre** | **psyre** |
| 3.26 | 4.51 | 4.39 | 0.59 | 0.59 | 0.14 |
| **fam** | **food** | **markfam** | **cont** | **soc** | **mrksoc** |
| 3.71 | 0.57 | 0.65 | 1.92 | 4.28 | 0.49 |
| **beaut** | **stigma** | **perf** | **selfcont** | **auto** | **needsoc** |
| 0.16 | 0.10 | 2.16 | 3.94 | 0.22 | 3.83 |
| **spec** | **psyself** | **adself** | **bodyest** | **comdif** | **hap** |
| 0.45 | 0.06 | 0.31 | 2.51 | 2.86 | 3.91 |
| **ed** | **adapt** | **soclife** | - | - | - |
| 0.29 | 3.59 | 3.51 | - | - | - |

*Источник: расчеты автора*

Девушки с зависимостью самооценки от внешнего вида выше среднего (2,51). У 29% есть РПП. Средний возраст - 21, проживают преимущественно в Санкт-Петербурге и Новосибирске, живут не одни, большая часть получает высшее образование. Доход выше среднего. Склонны к контролю, к умеренному перфекционизму, 21% - к аутоагрессии. Относительно неплохие отношения с семьей и окружением (3,71 и 4,28 соответственно). У 57% присутствовало позиционирование еды как награды. Около 2/3 подвергалось оценке внешности от родителей, почти половина - от окружения. Присутствуют некоторые сложности в коммуникации, когда респонденты считают, что выглядят "не так" (показатель - 2,86 при среднем равном 3). Уровень адаптивности и сопричастности к социальной жизни выше среднего (3,59 и 3,51). Почти половина респондентов обращалась к психотерапевтам и психиатрам.

Данная группа характеризуется умением преодолевать трудности, с которыми сталкиваются (можно заметить, что показатели биологических факторов хуже, чем в первом кластере, но при этом социальные и психологические показатели у второго сегмента респондентов заметно выше). Эти люди готовы искать пути решения проблем, они потенциально открыты к стороннему вмешательству.

1. **Третий кластер - “Парни, которые пытаются разобраться в себе”.**

Величина кластера - 34 респондента.

*Таблица 3. Статистические данные третьего кластера*

| **gen** | **age** | **loc** | **act** | **educ** | **liv** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0.85 | 20.97 | 2.32 | 2.03 | 3.94 | 0.79 |
| **inc** | **end** | **rep** | **gor** | **adre** | **psyre** |
| 3.12 | 4.50 | 0.26 | 0.24 | 0.65 | 0.24 |
| **fam** | **food** | **markfam** | **cont** | **soc** | **mrksoc** |
| 4.00 | 0.35 | 0.73 | 1.79 | 4.08 | 0.62 |
| **beaut** | **stigma** | **perf** | **selfcont** | **auto** | **needsoc** |
| 0.15 | 0.08 | 2.09 | 3.91 | 0.24 | 3.65 |
| **spec** | **psyself** | **adself** | **bodyest** | **comdif** | **hap** |
| 0.47 | 0.14 | 0.41 | 2.59 | 2.82 | 3.68 |
| **ed** | **adapt** | **soclife** | - | - | - |
| 0.21 | 3.68 | 3.68 | - | - | - |

*Источник: расчеты автора*

Преимущественно молодые люди, возраст - 21, проживают в Новосибирске или Санкт-Петербурге, работают (или работают и учатся), большинство получает высшее образование, доход средний. Около 1/5 респондентов сталкиваются с РПП, при этом адаптивность и сопричастность к жизни коллектива выше среднего (3,68). Часто слышали оценочные суждения в адрес своей внешности со стороны семьи и окружения (0,73 и 0,62). Половина имеет опыт обращения к психотерапевтам и психологам. У 14% есть психические расстройства, 1/4 склонны к аутоагрессии. Отношения с семьей и окружающими достаточно комфортные (4,00 и 4,08 соответственно). У 40% есть та или иная зависимость. Зависимость самооценки от внешности выше среднего (2,59).

Данная группа (состоящая преимущественно из молодых мужчин) часто сталкивалась с критикой, что стало причиной повышенной требовательности к себе и самоконтролю. Эти люди адаптируются в обществе, у них нет выраженных проблем с социальной жизнью, которые могут влиять на дальнейшее качество работы. Но из-за чрезмерного контроля и требовательности к себе респонденты данного кластера могут сталкиваться с выгоранием, что может в дальнейшем влиять на работоспособность.

1. **Четвертый кластер - “Юные и требовательные к себе”.**

Величина кластера - 46 респондентов.

*Таблица 4. Статистические данные четвертого кластера*

| **gen** | **age** | **loc** | **act** | **educ** | **liv** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0.00 | 18.46 | 2.24 | 1.30 | 3.48 | 0.78 |
| **inc** | **end** | **rep** | **gor** | **adre** | **psyre** |
| 3.24 | 4.54 | 4.43 | 0.59 | 0.59 | 0.22 |
| **fam** | **food** | **markfam** | **cont** | **soc** | **mrksoc** |
| 3.74 | 0.41 | 0.59 | 1.85 | 4.15 | 0.39 |
| **beaut** | **stigma** | **perf** | **selfcont** | **auto** | **needsoc** |
| 0.15 | 0.08 | 2.17 | 3.96 | 0.35 | 3.87 |
| **spec** | **psyself** | **adself** | **bodyest** | **comdif** | **hap** |
| 0.30 | 0.11 | 0.26 | 2.30 | 2.61 | 3.83 |
| **ed** | **adapt** | **soclife** | - | - | - |
| 0.26 | 3.76 | 3.89 | - | - | - |

*Источник: расчеты автора*

Девушки, средний возраст - 18, проживают преимущественно в Санкт-Петербурге и Новосибирске, учатся в школе или ВУЗе, живут не одни. Уровень дохода средний. У 26% есть (или были) нарушения пищевого поведения. Более половины сталкивались с гормональным сбоем. У 1/4 респондентов были психические расстройства у членов семьи. Примерно половина получала оценку внешности от семьи и окружения (0,59 и 0,39). Относительно высокий уровень самоконтроля (3,96), перфекционизма (2,17), 1/3 группы склонна к аутоагрессии. Отношения с семьей и социумом неплохие (3,74 и 4,15 соответственно). Почти треть обращалась к психологам/психотерапевтам. Достаточно высокая степень зависимости самооценки от внешности (2,30), есть некоторые трудности в коммуникации, если чувствуют, что выглядят "не так" (2,61).

Данная группа имеет относительно хорошие отношения с окружающими, они реже других групп подвергаются оценочным суждениям. Биологические факторы показывают неплохие значения. Для данной группы важен контроль возможных психических расстройств (из-за наследственности), также необходима терапия для корректировки чрезмерного самоконтроля.

1. **Пятый кластер - “Молодые и здоровые”.**

Величина кластера - 12 респондентов.

*Таблица 5. Статистические данные пятого кластера*

| **gen** | **age** | **loc** | **act** | **educ** | **liv** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0.92 | 17.33 | 3.08 | 1.00 | 1.08 | 0.92 |
| **inc** | **end** | **rep** | **gor** | **adre** | **psyre** |
| 3.33 | 4.33 | 0.08 | 0.25 | 0.67 | 0.17 |
| **fam** | **food** | **markfam** | **cont** | **soc** | **mrksoc** |
| 3.83 | 0.25 | 0.33 | 1.92 | 3.83 | 0.25 |
| **beaut** | **stigma** | **perf** | **selfcont** | **auto** | **needsoc** |
| 0.08 | 0.08 | 1.92 | 3.83 | 0.08 | 2.83 |
| **spec** | **psyself** | **adself** | **bodyest** | **comdif** | **hap** |
| 0.25 | 0.00 | 0.17 | 4.17 | 4.58 | 4.00 |
| **ed** | **adapt** | **soclife** | - | - | - |
| 0.00 | 3.92 | 3.42 | - | - | - |

*Источник: расчеты автора*

Преимущественно молодые парни (до 18 лет), учатся в школе, живут в Новосибирске, живут с семьёй, уровень дохода немногим выше среднего. Неплохие отношения с семьёй и социумом. Не испытывают значительного влияния внешности на самооценку (4,17), РПП нет, адаптивность достаточно высокая, адаптивность и причастность к социальной жизни немного выше среднего (3,92 и 3,41), но потребность в социуме сниженная (2,83) относительно других групп..

Данная группа психически стабильна, обладает неплохим здоровьем и хорошими отношениями с внешним миром. Они не нуждаются в каком-либо вмешательстве, может быть полезно лишь информирование с целью того, чтобы данная группа не могла негативно влиять на иные.

1. **Шестой кластер - “Молодые и чувствительные”.**

Величина кластера - 5 респондентов.

*Таблица 6. Статистические данные шестого кластера*

| **gen** | **age** | **loc** | **act** | **educ** | **liv** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0.00 | 20.00 | 6.00 | 2.00 | 3.20 | 0.80 |
| **inc** | **end** | **rep** | **gor** | **adre** | **psyre** |
| 3.20 | 4.20 | 4.40 | 1.00 | 0.80 | 0.40 |
| **fam** | **food** | **markfam** | **cont** | **soc** | **mrksoc** |
| 2.80 | 0.80 | 0.80 | 2.40 | 3.80 | 0.60 |
| **beaut** | **stigma** | **perf** | **selfcont** | **auto** | **needsoc** |
| 0.80 | 0.20 | 2.00 | 3.40 | 0.60 | 3.20 |
| **spec** | **psyself** | **adself** | **bodyest** | **comdif** | **hap** |
| 0.80 | 0.60 | 0.60 | 2.00 | 1.60 | 3.00 |
| **ed** | **adapt** | **soclife** | - | - | - |
| 0.60 | 3.20 | 3.60 | - | - | - |

*Источник: расчеты автора*

Девушки, средний возраст - 20 лет, проживают в крупных (но не столичных) городах, учатся в школе или университете, многие работают, живут с кем-то, уровень дохода средний. У многих респондентов родители имели зависимости и психические расстройства (0,8 и 0,4 соответственно). Наблюдаются средние (относительно других кластеров) показатели биологических факторов - репродуктивное здоровье, некоторые проблемы с эндокринной системой (4,4 и 4,2). У 80% родителей респондентов есть какая-либо зависимость, у 40% - психическое расстройство. Отношения с семьей не слишком комфортные, но и не болезненные, с окружающими - относительно комфортные (2,8 и 3,8). Часто слышали оценку внешности от семьи или окружения. Почти все обращались к специалистам. Более половины склонны к аутоагрессии, уровень перфекционизма и самоконтроля средний. Адаптивность и вовлеченность в социальную жизнь средняя (3,2 и 3,6). Остро чувствуют наличие стандартов красоты. У большинства респондентов в группе наблюдается расстройство пищевого поведения (60%), в кластере снижен уровень счастья (3,00).

Данная группа особенно чувствительна к социальным тенденциям, при этом у них относительно низкие показатели биологической группы факторов - чаще встречаются как индивидуальные физиологические отклонения, так и заболевания у родственников (что говорит о генетических особенностях). Группа нуждается в регулярной медицинской и психологической терапии, к которой они открыты (почти все представители посещали специалистов).

1. **Седьмой кластер - “Умудренные опытом”.**

Величина кластера - 4 респондента.

*Таблица 7. Статистические данные седьмого кластера*

| **gen** | **age** | **loc** | **act** | **educ** | **liv** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0.00 | 25.75 | 3.25 | 2.00 | 5.00 | 1.00 |
| **inc** | **end** | **rep** | **gor** | **adre** | **psyre** |
| 4.00 | 4.75 | 4.50 | 0.50 | 1.00 | 0.25 |
| **fam** | **food** | **markfam** | **cont** | **soc** | **mrksoc** |
| 3.50 | 0.75 | 0.75 | 2.25 | 4.00 | 0.75 |
| **beaut** | **stigma** | **perf** | **selfcont** | **auto** | **needsoc** |
| 0.50 | 0.25 | 2.00 | 4.50 | 0.25 | 4.00 |
| **spec** | **psyself** | **adself** | **bodyest** | **comdif** | **hap** |
| 1.00 | 0.00 | 0.25 | 2.50 | 2.00 | 4.50 |
| **ed** | **adapt** | **soclife** | - | - | - |
| 0.50 | 4.00 | 4.50 | - | - | - |

*Источник: расчеты автора*

Девушки, средний возраст - 26, работают, живут в крупных (но не столичных) городах, имеют высшее образование и доход выше среднего, живут с кем-то. Большая часть подвергалась оценке внешности со стороны семьи и окружения, половина сталкивалась с РПП. Зависимость самооценки от внешности выше среднего (2,5), при этом высокий уровень счастья (4,5). Достаточно высокая потребность в социуме, адаптивность и сопричастность к социальной жизни. Все обращались к специалистам.

Эта группа небольшая, но демонстрирует тех, кто уже прошел через трудности и научился с ними справляться. Они нуждаются в поддерживающей терапии (и, как можно увидеть, получают ее - все представители группы обращались к специалистам).

#### **3.2.2 Корреляционный анализ**

Для выявления влияния факторов на развитие расстройств пищевого поведения, а также на наличие сложностей при адаптации и вовлечении в жизнь социальных групп необходимо определить наличие взаимосвязей между переменными на примере результатов проведенного в рамках исследования опроса.

В ходе исследования была обнаружена корреляция между наличием у респондентов расстройств пищевого поведения и сложностей в коммуникациях при внешнем виде, который они сами негативно оценивают. Значение данной корреляции составляет 0,3057, что можно считать слабой (но присутствующей) корреляцией.

Зависимость развития расстройств пищевого поведения от наличия внешней критики внешности (со стороны семьи или окружения) является крайне слабой и составляет 0,14. В то время как позиционирование еды в качестве вознаграждение имеет большее воздействие на развитие пищевых нарушений - 0,28. Такая же зависимость есть от склонности к аутоагрессии (нанесение себе увечий, причинение боли).

Между многими факторами отсутствует средняя или сильная зависимость, на это есть ряд причин. Респондентам необходимо оценивать себя, они стремятся скорректировать свои ответы, из-за чего случается смещение результатов. Также на ряд вопросов (о наличии заболеваний у себя и родственников, о склонности к психическим расстройствам) не все респонденты могли знать достоверные ответы.  
 При попытке реализации метода главных компонент было выявлено, что 13 главных компонент имеют схожее стандартное отклонение более 1 (значения можно увидеть в Приложении 4). Таким образом, можно сделать вывод о невозможности группировки нескольких признаков (факторов) в один и упрощения модели - многие факторы имеют слабую корреляцию между собой.

#### **3.2.3 Описание отношения респондентов к превентивным мерам**

В ходе проведения опроса респондентам необходимо было ответить об их отношении к различным превентивным мерам, которые могут быть внедрены на государственном уровне. В качестве мероприятий были предложены: психологические тестирования в учебных учреждениях, обязательное посещение психиатра в ходе медицинского осмотра (ежегодный осмотр для учащихся школ и университетов), а также проведение тематических занятий в учебных заведениях (с целью информирования о расстройствах пищевого поведения и способах работы с ним.

Обязательное посещение психиатра при регулярных медицинских осмотрах считает отличным вариантом профилактических мер 41% респондентов, 25% участников опроса находят данные мероприятия уместными в некоторых случаях, еще 20% упомянули нейтральное отношение к данному варианту предупреждения расстройств пищевого поведения. 14% опрошенных считают подобный формат вмешательств неуместным.

Около ⅔ (66%) респондентов отметили прохождение психологических тестирований как одобряемую меру профилактики. При этом 19% участников выразили нейтральное отношение, 15% нашли подобные решения неудачными.

Наиболее легитимной мерой из всех предложенных стало проведение тематических занятий в школах и университетах. Такие специализированные мероприятия одобрили 77% участников опроса, 15% указали нейтральное отношение, лишь 8% было против подобных мер.

Также респондентам было необходимо указать их отношение к обязательным мерам в целом: выступают ли они против или поддерживают внедрение событий на таком основании. Среди респондентов не было людей, которые выступили против организации и рекламирования участия в различных профилактических мероприятиях. При этом 45% указали, что осознают обязательность некоторых профилактических мер и относятся к ним спокойно, тогда как 55% ценит возможность внедрения мер, но считает необходимым предлагать участвовать в них по желанию, так как в таком случае эффективность профилактики выше.

В конце опроса респондентам было предложено поделиться идеями профилактических мер по работе с распространением расстройств пищевого поведения (по желанию). Практически каждый ответ, оставленный в необязательном вопросе, касался проведения мероприятий для родителей и педагогов, которые работают с детьми. Также отмечалась необходимость контроля СМИ и массовой культуры, fashion-индустрии, с целью демонстрации разных типов здоровых тел людей, снятия стигматизации с “нетипичных” телосложений. Всего на необязательный вопрос ответило 12% от общего числа респондентов.

### **3.3 Рекомендации по проведению превентивных мер**

#### **3.3.1 Общие рекомендации по профилактическим мерам для государственного сектора**

Исходя из изученного международного опыта внедрения программ профилактики расстройств пищевого поведения, интервью со специалистами, а также с учетом мнения респондентов опроса, можно предложить следующие меры в качестве предупреждения распространения нервной анорексии, булимии и компульсивных перееданий:

* Введение обязательных психологических тестирований для учащихся старших классов и студентов первых курсов бакалавриата/специалитета. На данный момент в средних школах реализовывается проведение опросов, касающихся склонностей к асоциальному поведению и различного типа зависимостям. Можно изменить структуру тестирования и охватить больше аспектов, касающихся психических расстройств- это будет полезно не только для профилактики расстройств пищевого поведения, но и для предупреждения развития таких серьезных заболеваний, как пограничное расстройство личности, биполярное аффективное расстройство, депрессия и шизофрения. Так как данные меры уже реализуются во многих учебных учреждениях, то затраты будут связаны именно с реструктуризацией самого тестирования и с изменением наполнения;
* Посещение специалиста, прикрепленного к образовательному учреждению, по итогам тестирования. Результаты тестирования не должны быть забыты - при существовании риска развития расстройств у учащегося необходимо обеспечить его квалифицированной психологической или психиатрической помощью. В школах есть должность школьного психолога - именно к нему необходимо ненасильственно рекомендовать обратиться студента, показатели тестирования которого указывают на возможность развития психических дисфункций. Возможность обратиться к внутреннему специалисту за расшифровкой результата тестирования должна быть у всех учеников, участвовавших в профилактических мерах;
* Обеспечение регулярного повышения квалификации школьных и университетских психологов для гарантии высокой компетентности специалистов, работающих с учащимися;
* Внедрение обязательного посещение психиатра при ежегодном медицинском опросе, который проходят учащиеся старших классов школ и младших курсов университетов. При этом психиатр должен изучать не только наличие склонностей к зависимостям, но и потенциал развития психических расстройств различного рода, в том числе - расстройств пищевого поведения. Это можно реализовать с помощью таких часто используемых инструментов, как шкала депрессии Бека[[40]](#footnote-39), тест EAT-26 на определение наличия расстройств пищевого поведения и многих других актуальных инструментов;
* Регулярные курсы повышения квалификации для работников медицинского сектора государственных учреждений. Многие респонденты (как при опросе текущего года, так и при проведении исследования на выборке людей с РПП в 2021-ом году) отмечали, что сталкиваются с некомпетентностью психотерапевтов и психиатров в государственных учреждениях, из-за чего вынуждены обращаться в частные клиники, но такая возможность есть далеко не у всех (стоимость 50-минутного сеанса психотерапевта/психиатра в Санкт-Петербурге варьируется от 3000 до 5000 в зависимости от стажа и квалификации специалиста). Профилактические меры, внедряемые на государственном уровне, не смогут дать должный результат, если в них будут задействованы кадры с низкой квалификацией.
* Проведение тематических занятиях в учебных учреждениях, на которых будет доноситься информация о расстройствах пищевого поведения, об особенностях поведения людей с данными нарушениями работы организма, о том, как можно помочь себе и своему близкому человеку, который столкнулся с подобной проблемой. Подобные тематические занятия должны быть обязательными и иметь цель информирования аудитории, находящейся в группе риска, - молодых девушек и парней 14-25 лет. Данные меры могут снизить стигматизацию “нестандартного” телосложения в обществе, а также постепенно снизить число людей, которые сталкиваются с внешней оценкой своего телосложения.
* Проведение тематических занятий на родительских собраниях в школах (для семей учащихся в возрасте 14-18 лет). Как показывают результаты опроса респондентов, зачастую именно семья является источников регулярных внешних оценочных суждений о телосложении человека, что влияет на зависимость самооценки респондентов от их внешности и телосложения. Именно информирование родителей может быть важным шагом к уменьшению распространения расстройств пищевого поведения среди учащихся старших классов. Также может быть разработано специальное тестирование для родителей и опекунов, которое будет позволять увидеть наличие риска негативного влияния на психического здоровье. По результатам подобного тестирования может быть рекомендована профилактическая семейная терапия со школьным психологом.

Комплекс перечисленных мер может обеспечить информирование людей, находящихся в группе риска развития (юноши и девушки 14-25 лет), и их родителей о расстройствах пищевого поведения, о методах работы с данными проблемами и типах помощи, к которой необходимо прибегнуть, если человек замечает за собой или близкими значительные нарушения пищевого поведения.

#### **3.3.2 Общие рекомендации по работе с людьми с РПП для государственного сектора**

Исходя из международного опыта и опросом 2021-го года, в котором были задействованы исключительно респонденты, столкнувшиеся с расстройствами пищевого поведения, можно выделить ряд следующих мер:

* Можно обратиться к опыту Австралии и США, где на государственном уровне существуют направления работы с людьми с анорексией, булимией и компульсивными перееданиями или же данную функцию выполняют крупные некоммерческие организации, получающие гранты государства. Важно отметить, что внедрение подобных бесплатных для потребителей программ на государственном уровне повлечет за собой значительные расходы государства: на специалистов, медикаменты, разработку программ, обеспечение помещениями и необходимой техникой соответствующих медицинских центров;
* Если говорить о менее затратных для государства рекомендациях, то можно предложить финансирование отдельного медицинского учреждения с развитой медиа-структурой. На базе данного учреждения может быть разработана программа помощи людям с расстройствами пищевого поведения, а также реализована ускоренная подготовка специалистов, которые готовы выступать в качестве волонтеров и проводить специализированные занятия в группах для людей с нарушениями пищевого поведения. Данная программа может не включать в себя стационарное лечение (как и не включает программа “Body Project”, упомянутая при изучении международного опыта), ее суть может заключаться в распространению работы команды волонтеров по всей стране: создание специализированных групп помощи, где люди с психическими расстройствами регулярно смогут получать поддержку и понимать, что они не одни. Подобные меры могут быть реализованы на базе общественной инициативы, но именно государственная поддержка ответственного специализированного медицинского учреждения поможет обеспечить качественную программу подготовки волонтеров и части специалистов-медиков, которые будут работать в группах поддержки.

#### **3.3.3 Рекомендации для выделенных кластеров**

В данной части работы будут предложены рекомендации по проведению профилактических мер для предупреждения расстройств пищевого поведения, которые будут подобраны под особенности каждого из выделенного кластеров. Важно понимать, что в начале любых профилактических программ будет необходимо проведение общего психологического тестирования для распределения людей по сегментам целевой аудитории мер.

1. Первый кластер - “Девушки, которых часто критикуют”.

Данная группа людей нуждается в психологической поддержке, в помощи в адаптации в социуме и в укреплении самооценки, которая не будет базироваться исключительно на их внешности и телосложении. Для данного кластера наиболее подходящими мерами могут стать тематические занятия двух типов:

* Обязательные занятия для коллективов, где они находятся (классы в школах, группы в университетах). Данные занятия важны, так как через них будет оказываться воздействие на социум, в котором находятся представители первого кластера (именно его влияние они отмечали в опросе). Через таких тематические лекции может проводиться информирования и мягкое направление социальных тенденций в области стигматизации по телосложению внутри социальных групп;
* Факультативные занятия для желающих с интерактивами и общением. То есть подобные занятия могут выполнять функцию групп поддержки, где участники смогут развивать навыки адаптации и социализации.

Также для описываемого кластера важно иметь возможность добровольно обратиться к специалисту, для этого необходимо наличие психологов в образовательных учреждениях. Именно через регулярную индивидуальную работу с профессионалом, которая будет сочетаться с коммуникацией в группе единомышленников, возможно снятие социальной тревожности данной группы, а как следствие - приведение в норму навыков адаптации в рабочих и учебных коллективах.

1. Второй кластер - “Преодолевающие трудности девушки”.

Данная группа более психически устойчива (по сравнению с первой), при этом у представителей группы ниже показатели биологических факторов. Для описываемого кластера важными профилактическими мерами будут регулярные медицинские осмотры (при разговоре о данной группе они необходимы не только для взаимодействия с психиатрами и профилактики расстройств пищевого поведения, но и для регулярной оценки и контроля различных аспектов физического здоровья). Также возможно привлечение людей, попадающих в данный кластер, к программам групп поддержки: представители кластера открыты к социуму и специалистам, они смогут стать опорой таких групп.

1. Третий кластер - “Парни, которые пытаются разобраться в себе”.

Для данной группы населения могут быть полезны общие информационные занятия о расстройствах пищевого поведения - представители кластера склонны к самоанализу, они пытаются найти ответы, а информирование может покрыть многие вопросы. При этом следует понимать, что большая часть данного кластера - молодые мужчины. Велика вероятность того, что далеко не все будут готовы открыто говорить о своих проблемах и отклонениях в здоровье, по этой причине данному кластеру могут не подойти групповые занятия-терапии.

Значимой частью профилактики развития расстройств пищевого поведения для данной группы является возможность индивидуальной терапии. Половина респондентов данного кластера обращалась к специалистам - они открыты к индивидуальному диалогу.

1. Четвертый кластер - “Юные и требовательные к себе”.

Показатели данного кластера достаточно неплохие, но присутствует фактор наследственности: у их родителей часто встречались различные типы зависимостей (алкогольные, никотиновые, наркотические) и психические расстройства (депрессия, биполярное аффективное расстройство и т.д.). Для данного кластера важен регулярный контроль психического здоровья. Следовательно, подходящей превентивной мерой будет регулярное посещение психиатров в рамках медицинского осмотра.

Также общее информирование будет уместной мерой, так как знание особенностей заболеваний и знание фактов о здоровье родителей поможет представителям данного кластера своевременного предпринять необходимые действия для недопущения развития у себя серьёзных психических отклонений.

1. Пятый кластер - “Молодые и здоровые”.

Данная группа обладает устойчивой психикой и крепких физическим здоровьем. Можно сказать, что они не находятся в группе риска. Но общие информационные тематические занятия для них будут полезны, так как они потенциально могут негативно воздействовать на других людей, находящихся в группе риска.

1. Шестой кластер - “Молодые и чувствительные”.

Люди, попавшие в данный кластер, обладают наиболее низких здоровьем, а также очень чувствительны к тенденциям, которые существуют в обществе. У них средние показатели адаптивности и социализации, но это может меняться, если им не будет оказываться должна поддержка.

Оптимальными превентивными мерами для профилактики распространения пищевых расстройств в данной группе буду регулярные медицинские осмотры (для контроля физического и психического здоровья), а также группы поддержки, где не будет чувствоваться осуждение и сторонняя оценка.

1. Седьмой кластер - “Бывалые”.

Данный кластер сформирован из людей, которые уже вышли из группы риска развития расстройств пищевого поведения, эта группа старше. Но при этом возможность обращения к специалистам остается важной для представителей группы. Также именно людьми, относящиеся к этому кластеру могут быть волонтерами в группах поддержки - они прошли через многие сложности и расстройства, могут давать должную поддержку тем, кто повторяет их путь.

Рекомендации для кластеров могут изменяться, как и само число кластеров, всё зависит от выборки. На государственном уровне необходимо внедрять меры первичного сбора информации - опросы и психологические тестирования, которые в дальнейшем на местном уровне помогут выявить возможности для работы с представителями групп.

Также кластеры можно распределить по “приоритетам” - от наиболее подверженных РПП групп к наименее. В таком случае к первому приоритету можно отнести “девушек, которых критикуют” и “молодых и чувствительных”, ко второму - “преодолевающих трудности девушек”, “парней, которые пытаются разобраться в себе” и “юных и требовательных к себе”. К третьему приоритету следует отнести “молодых и здоровых” и “умудренных опытом”, так как представители данных кластеров не склонны к развитию расстройств или же стабильно находятся в ремиссии.

Рекомендации можно вводить (с учетом приоритетов клатеров) по следующим шагам:

1. Психологическое тестирование в учебных заведениях (определение особенностей учащихся, распределение их по кластерам для дальнейшего вектора работы);
2. Проверка наличия и квалификации специалистов-психологов в учебных заведениях. Психологические тестирования должны обрабатываться специалистом, учащимся необходимо иметь возможность обращения за расшифровкой результатов и определения дальнейшей траектории взаимодействия;
3. Специализированные занятия о расстройствах пищевого поведения. Данные занятия могут проводиться школьными психологами или волонтерами с профильным образованием. Пример составленного в рамках данной работы плана занятий прикреплен в приложении;
4. Занятия для родителей - обозначение существования проблемы и методов решения на родительских собраниях (при участии специалиста). Необходимы при наличии в ученических классах детей с развитыми расстройствами;
5. Посещение психиатра в рамках регулярного медицинского осмотра учащихся. При взаимодействии важно уточнить не только наличие отдельных зависимостей, но и определить наличие или склонности к различным психическим заболеваниям, в том числе к РПП;
6. Повышение квалификации работников медицинского сектора (в рамках данной работы акцент ставится на психиатрах и терапевтах в поликлиниках). Необходимо обеспечить учащихся возможностью обращения за качественной медицинской помощью.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В ходе данного исследования были сформированы основные группы населения, подверженные риску воздействия расстройств пищевого поведения, а также основные профилактические рекомендации по работе с данными группами людей.

Для формирования профилактических рекомендаций был изучен международный опыт в области превентивных мер профилактики расстройств пищевого поведения. В качестве оптимальных мер выделены меры терапевтической поддержки населения на базе государственных образовательных учреждений, медицинских учреждений и некоммерческих организаций.

Также, исходя из результатов интервью и изученной специализированной литературы, была сформирована модель исследования (на базе биопсихосоциальной модели), которая включает в себя влияние различных факторов на развитие расстройств пищевого поведения у индивида, а также рассмотрение влияние отдельных психологических особенностей и специфики социума на способность индивида с нарушением пищевого поведения адаптироваться и принимать участие в социальной жизни в новых группах (на работе и учебе).

На базе сформированной модели был проведен опрос для сбора первичных данных с целью дальнейшего анализа и кластеризации групп населения и формирования наиболее приемлемых рекомендаций для них.

Основными превентивными мерами, которые выделены в качестве рекомендаций для внедрения, стали:

* Специализированные тематические занятия в учебных заведениях. Цель таких мероприятий - информирование людей, находящихся в группе риск воздействия рассматриваемых психических расстройств;
* Проведение в учебных заведениях психологических тестирований, которые позволят выявить принадлежность учащихся к тем или иным группам риска и выстроить индивидуальную работу с ними;
* Индивидуальная работа с психологом, прикрепленным к учебному заведению;
* Специализированные занятия с родителями, которые направлены на предупреждение развития нарушений пищевого поведения у их детей;
* Финансирование создания специальных программ на базе медицинских учреждений, привлечение к данным программам волонтеров.

Данные меры могут позволить сократить распространение расстройств пищевого поведения среди населения страны, а также могут воздействовать на людей, которые уже столкнулись с анорексией, булимией или компульсивными перееданиями. Это значимо для демографической ситуации, которая существует в стране на текущий момент, а также для уровня квалификации кадров внутри страны, так как навык адаптивности и социализации является важной частью компетентности специалистов многих отраслей.

## **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Сайт Центра изучения расстройств пищевого поведения. Нервная анорексия. URL: <https://cirpp.ru/nervnaya-anoreksiya/>
2. Сайт Центра изучения расстройств пищевого поведения. Нервная булимия. URL: <https://cirpp.ru/nervnaya-bulimiya/>
3. Сайт Центра изучения расстройств пищевого поведения. Компульсивные переедания. URL: <https://cirpp.ru/blog/lechenie-kompulsivnogo-pereedaniya-psihoterapevt/>
4. Сайт Центра интуитивного питания. Виды перееданий. URL: <https://intueat.ru/journal/vidy-pereedaniya/>
5. Сайт Центра изучения расстройств пищевого поведения. Как наладить пищевое поведение. URL: <https://cirpp.ru/blog/kak-naladit-pishchevoe-povedenie/>
6. Минздрав РФ. Факторы стигматизации лиц с психическими расстройствами URL: <http://www.psychiatry.ru/siteconst/userfiles/psystigm.pdf>
7. Сайт Лицензированного областного клинического центра Минска «Психиатрия-наркология». Аутоагрессия или что такое селфхарм. URL: <https://mokc.by/content/autoagressiya-ili-chto-takoe-selfkharm>
8. Сайт справочника MSD, профессиональная версия. URL: <https://www.msdmanuals.com/>
9. Сайт справочника MSD, профессиональная версия. Руминация. URL (сокращенная): <http://surl.li/bcgja>
10. Сайт клиники гинекологии “Гинеко”. Аменорея. URL: <http://gineco.ru/zabolevaniya/amenoreya/>
11. Сайт Научно-исследовательского центра коморбидной патологии “Рациональная медицина”. URL: <https://ratiomedicine.ru/chto-takoe-komorbidnost/>
12. Сайт справочника MSD, профессиональная версия. Нервная анорексия. URL (сокращенная): <http://surl.li/bcghj>
13. Сайт справочника MSD, профессиональная версия. Нервная булимия. URL (сокращенная): <http://surl.li/bcgis>
14. Сайт справочника MSD, профессиональная версия. Компульсивное переедание. URL (сокращенная): <http://surl.li/bcgjw>
15. Федеральный закон от 2 июля 1992 г. N 3185-I "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании". URL: <https://rg.ru/1992/08/25/psixpomosch-site-dok.html>
16. Сайт МКБ 10. Расстройства приема пищи (F50). URL: <https://mkb-10.com/index.php?pid=4289>
17. Официальный сайт NEDA (National Eating Disorders Association). Statistics and research on eating disorders. URL: <https://www.nationaleatingdisorders.org/statistics-research-eating-disorders>
18. US National Library of Medicine. Sefik Tagay, Eating Disorders, Trauma, PTSD and Psychosocial Resources. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3966425/>
19. Lauren N. Forrest PhD Carlos M. Grilo PhD Tomoko Udo PhD, 29 December 2020, Suicide attempts among people with eating disorders and adverse childhood experiences: Results from a nationally representative sample of adults. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/eat.23457>
20. JAMA Psychiatry. Jon Arcelus, Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders, 2011. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/1107207>
21. ANAD USA. Eating disorders statistics. URL: <https://anad.org/eating-disorders-statistics/>
22. Сайт Федеральной службы государственной статистики. Демография. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>
23. Сайт National Library of Medicine. Linda Mustelin, 2016. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27662598/>
24. Сайт медицинского центра “Династия”. Яковенко Лариса Васильевна. URL: <https://meddynasty.ru/yakovenko-larisa-vasilevna.html>
25. Сайт Федеральной службы государственной статистики. Демография. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>
26. Сайт Министерства здравоохранения Кировской области. Зрелый возраст - новые привычки. URL: <https://www.medkirov.ru/site/LSP6D1401>
27. Сайт Федеральной службы государственной статистики. Демография. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>
28. Pratt BM, 2002, Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents, URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6999856/>
29. NEDA. Prevention. URL: <https://www.nationaleatingdisorders.org/learn/general-information/prevention>
30. ACT Government, Health. Eating disorders program. URL: <https://www.health.act.gov.au/services-and-programs/mental-health/eating-disorders-program>
31. ANAD USA. URL: <https://anad.org/>
32. Сайт клиника расстройств пищевого поведения базе ПКБ N1 им. Н.А. Алексеева. URL: <https://krpp24.ru/clinic/>
33. Сайт “Body Project”. URL: <http://www.bodyprojectsupport.org/background>
34. Current Opinion in Psychiatry. Evidence-based clinical guidelines for eating disorders. URL: <https://journals.lww.com/co-psychiatry/Fulltext/2017/11000/Evidence_based_clinical_guidelines_for_eating.8.aspx>
35. “Overcoming Binge Eating”. 1995, Dr. Christopher Fairburn, an international expert on eating disorders. URL: <https://readli.net/overcoming-binge-eating-for-dummies/>
36. “Нервная анорексия”. 1986 г., Коркина М. В., Цивилько М. А., Марилов В. В. URL: <http://www.psychiatry.ru/lib/55/book/58/chapter/2>
37. Журнал Eating Disorders. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/journal/1098108x>
38. Сайт клинико-диагностического центра медико-профилактической помощи “Профилактик”. Биопсихосоциальная модель. URL: <https://medprofi.org/bps>

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**

### **Приложение 1. Опросный лист**

**Часть 1. Социально-демографические характеристики**

1. Укажите Ваш пол

0 - женский

1- мужской

1. Укажите, пожалуйста, Ваш возраст

——————

1. Укажите город, в котором Вы проживаете

——————

1. Укажите, пожалуйста, Ваш текущий род деятельности

1 - учусь в школе/колледже/вузе

2 - работаю

3 - работаю и учусь

4 - не работаю и не учусь (ухаживаю за домом/детьми)

1. Ваш уровень образования

1 - неоконченное среднее образование(вы ещё обучаетесь в школе)

2 - среднее образование (окончили 11 классов)

3 - среднее профессиональное образование (колледж)

4 - неоконченное высшее (бакалавриат, в процессе получения образования)

5 - высшее образование (бакалавриат,магистратура, специалитет)

1. Проживаете ли Вы с кем-то

0 - живу один/ одна

1 - живу с семьей/ друзьями/ партнером

1. Оцените, пожалуйста, Ваш уровень дохода

1 - не хватает денег на еду

2 - хватает на еду, но не могу позволить себе покупку одежды и обуви

3 -хватает денег на различные покупки,но требуется кредит или накопления для приобретения техники и других дорогих вещей

4 - хватает денег на покупку техники, нона квартиру/ машину нужно копить

5 - могу позволить себе все

**Часть 2. Биологические факторы**

1. Есть ли у Вас заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, гипотериоз, гипертериоз, аутоимунный тиреоидит и т.д.)? Как бы Вы оценили данный аспект своего здоровья (оцените от 1 до 5)?

1 - серьезные проблемы со здоровьем (с эндокринной системой)

5 - здоровье в норме

1. На этот вопрос нужно ответить только женщинам, мужчинам можно просто перейти к следующему вопросу. Есть ли у Вас проблемы с репродуктивной системой (эндометриоз, миома матки, поликистоз яичников, аменорея и т.д.)? Как бы Вы оценили данный аспект своего здоровья?

1 - серьезные проблемы со здоровьем (с репродуктивной системой)

5 - здоровье в норме

1. Бывали ли у Вас гормональные сбои, которые влияли бы на Ваше общее состояние или отдельные аспекты здоровья?

0 - не было

1 - были

1. Были ли зависимости (алкогольная, наркотическая, никотиновая, пищевая) у членов Вашей семьи (в разрезе трех поколений)?

0 - не было

1 - были

1. Были ли психические заболевания у членов Вашей семьи (биполярное расстройство, шизофрения, ОКР, депрессия, ПРЛ в разрезе трёх поколений семьи)? Если Вы не знаете, то следует выбрать вариант "не было".

0 - не было

1 - были

**Часть 3. Социальные факторы**

1. Как бы Вы охарактеризовали Ваши отношения с семьей (в которой Вы росли)?

1 - крайне тяжелые отношения - постоянно конфликты, всегда тяжело общаться

2 - у нас часто бывают конфликты, иногда мне бывает тяжело общаться с семьей

3 - обычные отношения - бывают непонимания, но справляемся

4 - у нас достаточно неплохие отношения, я могу многим делиться с семьей

5 - у нас крайне комфортные и теплые взаимоотношения, я доверяю родителям все

1. Позиционировали ли в Вашем детстве близкие родственники еду как поощрение за что-либо?

0 - нет

1 - да

1. Давали ли члены семьи оценочные суждения в сторону Вашего внешнего вида (указывали на нехватку или излишек веса)?

0 - нет

1 - да, говорили об избытке веса

2 - да, говорили о нехватке веса

1. Какой уровень контроля над Вами присутствовал в Вашей семье?

1 - мои родители полностью доверяли мне, минимум контроля

2 - средний уровень доверия, всё было достаточно неплохо, но контроль присутствовал

3 - был тотальный контроль со стороны родителей, мне не доверяли

1. Как бы Вы охарактеризовали Ваши отношения с окружением (кроме семьи)?

1 - крайне тяжёлые отношения - постоянно конфликты, всегда тяжело общаться

2 - у нас часто бывают конфликты, иногда мне бывает тяжело общаться с окружением

3 - обычные отношения - бывают непонимания, но справляемся

4 - у нас достаточно неплохие отношения, я могу многим делиться с окружением

5 - у нас крайне комфортные и теплые взаимоотношения

1. Давали ли окружающие (кроме семьи) оценочные суждения в сторону Вашего внешнего вида (указывали на нехватку или излишек веса)?

0 - нет

1 - да, говорили об избытке веса

2 - да, говорили о нехватке веса

1. Есть ли в Вашем окружении единый стандарт красоты/телосложения, к которому люди Вашего пола стремятся?

0 - нет

1 - не знаю; если есть, то мне его не навязывают

2 - да

1. Проявляют ли в Вашем окружении открытую нетерпимость к телосложению, которое не соответствует "эталону", существующему в обществе?

0 - нет

1 - да

1. Тяжело ли Вам адаптироваться в новом социуме (на работе или учёбе)? Поставьте оценку по уровню сложности (от 1 до 5)

1 - сложный процесс адаптации

5 - легкая адаптация

1. Вы полностью вовлечены в социальную жизнь Вашего коллектива? В какой степени Вы считаете себя причастным(ной) (от 1 до 5)?

1 - низкая вовлеченность;

5 - высокая вовлеченность

**Часть 4. Психологические факторы**

1. Можете ли Вы назвать себя перфекционистом?

1 - нет, это не про меня

2 - от случая к случаю, далеко не всегда

3 - да, это точно про меня

1. Склонны ли Вы контролировать все в своей жизни?

1 - я крайне не люблю контролировать что-либо, пускаю всё на самотек

2 - скорее нет, контроль редко мне дается

3 - лишь иногда

4 - да, но я умею отпускать ситуацию

5 - да, я чрезмерно контролирую всё в своей жизни

1. Склонны ли Вы к проявлению агрессии к самому себе (нанесение порезов, удары руками о стены, обливание себя ледяной или горячей водой и т.п.)?

0 - нет

1 - да

1. Оцените, пожалуйста, Ваш уровень потребности в социуме (как в близком общении, так и просто в ощущении сопричастности к обществу). Требуется оценить от 1 до 5

1 - низкий уровень потребности в социуме

5 - высокий уровень потребности

1. Обращались ли Вы когда-то к психотерапевту, психологу или психиатру?

1 - да, к психологу

2 - да, к психотерапевту

3 - да, к психиатру

4 - да, к нескольким специалистам

5 - нет

1. Есть ли у Вас диагностированное психическое расстройство (биполярное расстройство, шизофрения, ОКР, депрессия, пограничное расстройство etc)?

0 - нет

1 - да, одно из перечисленных

2 - да, несколько

1. Есть ли у Вас расстройство пищевого поведения (анорексия, булимия, компульсивные переедания)?

0 - нет

1 - было ранее, сейчас нахожусь в ремиссии

2 - да, анорексия

3 - да, булимия

4 - да, компульсивные переедания

5 - да, несколько из перечисленных

1. Есть ли у Вас какая-либо зависимость (никотиновая, алкогольная, наркотическая)?

0 - нет

1 - была, но я преодолел(а) эту зависимость

2 - да

1. Можете ли Вы сказать, что Ваша самооценка зависит от Вашего внешнего вида? Оцените, пожалуйста, степень зависимости от 1 до 5

1 - сильная зависимость

5 - отсутствие зависимости

1. Возникают ли у Вас сложности в общении с людьми, когда Вы чувствуете, что выглядите "как-то не так"?

1 - отсутствие осложнений

5 - сильные трудности в коммуникациях

1. Вы считаете себя счастливым человеком?

1 - совсем нет

5 - точно считаю

**Часть 5. Отношение к профилактическим мерам**

1. Что Вы думаете о проведении тематических занятий в школах и университетах с целью информирования о расстройствах пищевого поведения и способах работы с ними?
2. Как Вы относитесь к обязательному посещению психиатра в ходе медицинского осмотра, проходящего в школах, университетах и на рабочих местах?
3. Что Вы думаете о прохождении психологических тестирований в образовательных учреждениях и на рабочих местах?

Варианты ответов:

1 - крайне неудачный вариант, мере бесполезные и могут нанести вред

2 - скорее неудачный вариант, подобные меры часто не несут пользы

3 - нейтрально отношусь к подобным мерам

4 - неплохой вариант, подобные меры могут быть полезны в некоторых случаях

5 - отличный вариант профилактических мер, подобное будет полезно для всех

1. Как Вы вообще относитесь к обязательным мерам?

1 - я против любых обязательных мер и любых мероприятий, пусть каждый сам несёт за себя ответственность

2 - я считаю, что лучше предлагать участвовать по желанию, это эффективнее

3 - некоторые мероприятия должны быть обязательными, я это понимаю и спокойно принимаю в них участие

1. Если у Вас есть предложения, связанные с профилактическими мерами по работе с расстройствами пищевого поведения (такие мероприятия могут быть направлены на информирование общества или же на помощь в адаптации людей с пищевыми расстройствами), то можно поделиться ими здесь.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### **Приложение 2. Вопросы для глубинного интервью**

**Часть 1. Общие числовые значения по группе расстройств. Сроки протекания болезни, тенденция количества заболеваний, гендерная и возрастная статистика. Общая картина группы расстройств среди населения**

1. Расскажите, пожалуйста, об общей тенденции изменения числа людей, которые лечатся от расстройств пищевого поведения (сравнение 2015 и 2020-2021)
2. Люди какого возраста (диапазон) и пола наиболее склонны к данной группе заболеваний? Как изменился средний возраст пациентов с РПП с 2015 года?
3. Какой средний срок выхода в ремиссию с РПП? Как он изменился с 2015 года?
4. Какое из расстройств обсуждаемой группы (нервная анорексия, нервная булимия, компульсивные переедания) наиболее часто встречается у ваших пациентов/ в нашем городе/ в нашей стране? Можете ли вы выделить причины превалирования данного расстройства в нашем обществе?

**Часть 2. Особенности протекания расстройств, параллельно протекающие заболевания, физиология заболеваний**

1. Какие психические заболевания часто протекают параллельно с расстройствами данной группы?
2. Какие физиологические изменения происходят при расстройствах пищевого поведения? Осложнения каких групп органов встречаются наиболее часто?

**Часть 3. Особенности лечения группы заболеваний. Медикаменты и специалисты**

1. Как часто (ориентировочный % пациентов с РПП) используется медикаментозное лечение при работе с РПП? Препараты каких групп используются?
2. Какой способ лечения РПП используется в большинстве случаев (амбулаторное лечение, стационарное лечение, индивидуальные сессии со специалистами, групповые сессии)? Какие комбинации методик лечений являются наиболее эффективными (и есть ли различия в зависимости от типа расстройства пищевого поведения?)

**Часть 4. Работа специалистов.**

1. Сколько стоит повышение квалификации отдельного практикующего специалиста (в определенной области)?
2. Индивидуальная терапия. Как часто необходимо ходить к специалисту на индивидуальные сессии? Средняя стоимость разовой консультации.
3. Какие специалисты работают с психической частью заболевания (психиатры/психотерапевты)? А с физиологическими последствиями?
4. Как вы считаете: возможно ли лечение РПП в государственных больницах? Компетентно ли большинство специалистов в данном направлении психиатрии?
5. Считаете ли вы эффективным введение обязательного посещения психиатра при ежегодном медицинском осмотре в школах?

### **Приложение 3. План тематического урока**

**Цель занятия:** информирование учащихся о существовании расстройств пищевого поведения и способах работы с ними.

**Тема:** «Расстройства пищевого поведения в современном мире. Как справиться самому и помочь другим»

**Задачи урока:**

1. Образовательная: передача новых знаний учащимся. Предоставление информации о причинах, особенностях протекания и последствии РПП. Разбор инструментария для профилактики и работы с нарушениями пищевого поведения.
2. Воспитательная: формирование нравственных ценностей и поведенческих норм. Донесение необходимости контроля стигматизации в обществе, построение корректной коммуникации с людьми, столкнувшимися с расстройствами пищевого поведения.
3. Развивающая: дискуссионные задания на обсуждения социальных тенденций, биологические задачи по расчету калорийности и сопоставлению с необходимыми значениями для жизнедеятельности организма.

**Обязательность посещения:** факультативное занятие.

**Этапы урока:**

1. Организационный момент;
2. Тестирование;
3. Проверка базовой осведомленности учащихся;
4. Подготовка к активному усвоению знаний - открытые вопросы, короткая дискуссия;
5. Получение учащимися новых знаний;
6. Закрепление знаний - дискуссия, аналитическое задание;
7. Рефлексия и предоставление дополнительных материалов для самостоятельного изучения.

**Ход урока:**

**Первый этап - организационный**

Приветствие учащихся, корректировка дисциплины, введение без углубления в тематику. На данном этапе необходимо поблагодарить участников за смелость и желание помочь себе и своим близким, похвалить за желание работать со значимой проблемой, существующей в обществе.

**Второй этап - тестирование**

На данной стадии занятия необходимо предложить пройти учащимся тест EAT-26, помогающий оценить вероятность наличия расстройств пищевого поведения. После завершения прохождения необходимо интерпретировать результаты. Важно объяснить, что вне зависимости от полученного учащимся результата данное занятие направлено на то, чтобы каждый вышел с пониманием, что именно он может сделать, чтобы помочь себе или окружающим.

**Третий этап - проверка базовой осведомленности**

На данном этапе тематического занятия уместно задать следующие вопросы: «Знаете ли вы о таких нарушениях пищевого поведения, как булимия, анорексия и переедания? Может ли кто-то немного рассказать об этом?», «Встречали ли вы людей, которые живут с подобными расстройствами?», «Сталкивались ли вы с критикой своего телосложения?», «Критиковали ли вы телосложение других людей?», «Пытались ли вы когда-то похудеть? Получалось ли у вас? Были ли какие-то последствия?». Итоговые вопросы зависят от уровня вовлеченности аудитории и готовности к честному диалогу. Если аудитория закрыта, то следует больше времени уделить следующему этапу.

**Четвертый этап - подготовка к активному усвоению знаний**

После череды вопросов можно перейти к более глубокому вопросу и менее персонализированному: «Как вы считаете: мода социальные сети влияют на наше с вами отношение к себе?», «Кого из известных актеров/моделей вы считаете красивым? Сравниваете ли вы себя с ним?», «Считаете ли вы, что в вашем социуме есть стандарт красоты, к которому все стремятся?». Данный активный диалог с аудиторией необходимо вывести на мысль о том, что мы сами выбираем, с кем себя сравнивать. Что важно помнить, что в реальной жизни у всех есть изъяны: во внешности, в знаниях, в поведении. В конце этапа необходимо плавно перевести вовлеченную аудиторию в позицию слушателей.

**Пятый этап - получение учащимися новых знаний**

После активного вовлечения аудитории происходит переход к донесению основных тематических блоков информации. Моменты, которые необходимо затронуть:

* основные виды расстройств пищевого поведения (нервная анорексия, булимия, компульсивные переедания);
* последствия расстройств (необходимо объяснить в корректной форме возможные дисфункции организма, дать понять, что романтизация подобных заболеваний неуместна);
* разговор о диетах: последствия, изучение причин и необходимости;
* статистические данные по заболеваниям (распространенность, последствия, особенности);
* почему возникают расстройства пищевого поведения (разбор биопсихосоциальной модели);
* к кому обратиться, если вы замечаете за собой признаки расстройств пищевого поведения (варианты - школьный психолог, психотерапевт, поделиться с семьей, психиатр);
* как лучше коммуницировать с людьми с РПП, если вы хотите поддержать, а не навредить - дискуссия, переход в следующий этап.

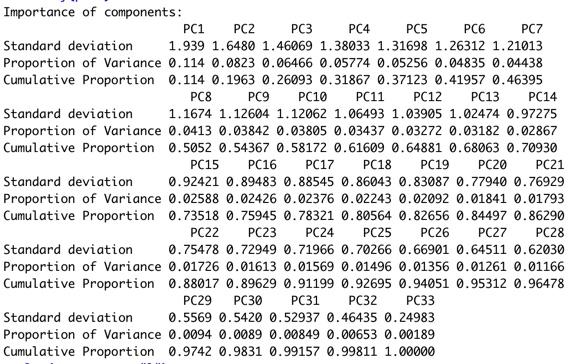
**Шестой этап - закрепление знаний**

Моделирование ситуаций: каждый желающий может вытянуть предлагаемый кейс и предложить своё решение. Задачи могут быть коммуникационного характера, касающиеся внутренних конфликтов и навязываемых стереотипов. Также важно обсудить медицинскую помощь. Другие участники могут реагировать на предлагаемое решение.

**Седьмой этап - рефлексия и предоставление дополнительных материалов**

В конце занятия важно поблагодарить участников за вовлеченность и искренность. Также можно порекомендовать материалы, подобранные школьным психологом, для личного изучения. Важно обозначить, что каждый учащийся может обратиться к школьному психологу в любой момент. Нет проблемы, для который не найдется решения.

### **Приложение 4. Метод главных компонент**



*Рис. П4.1 Показатели главных компонент*

*Источник: расчеты автора*

1. Сайт Центра изучения расстройств пищевого поведения. Нервная анорексия. URL: <https://cirpp.ru/nervnaya-anoreksiya/> [↑](#footnote-ref-0)
2. Сайт Центра изучения расстройств пищевого поведения. Нервная булимия. URL: <https://cirpp.ru/nervnaya-bulimiya/> [↑](#footnote-ref-1)
3. Сайт Центра изучения расстройств пищевого поведения. Компульсивные переедания. URL: <https://cirpp.ru/blog/lechenie-kompulsivnogo-pereedaniya-psihoterapevt/> [↑](#footnote-ref-2)
4. Сайт Центра интуитивного питания. Виды перееданий. URL: <https://intueat.ru/journal/vidy-pereedaniya/> [↑](#footnote-ref-3)
5. Сайт Центра изучения расстройств пищевого поведения. Как наладить пищевое поведение. URL: <https://cirpp.ru/blog/kak-naladit-pishchevoe-povedenie/> [↑](#footnote-ref-4)
6. Минздрав РФ. Факторы стигматизации лиц с психическими расстройствами URL: <http://www.psychiatry.ru/siteconst/userfiles/psystigm.pdf> [↑](#footnote-ref-5)
7. Сайт Лицензированного областного клинического центра Минска «Психиатрия-наркология». Аутоагрессия или что такое селфхарм. URL: <https://mokc.by/content/autoagressiya-ili-chto-takoe-selfkharm> [↑](#footnote-ref-6)
8. Сайт справочника MSD, профессиональная версия. URL: <https://www.msdmanuals.com/> [↑](#footnote-ref-7)
9. Сайт справочника MSD, профессиональная версия. Руминация. URL (сокращенная): <http://surl.li/bcgja> [↑](#footnote-ref-8)
10. Сайт клиники гинекологии “Гинеко”. Аменорея. URL: <http://gineco.ru/zabolevaniya/amenoreya/> [↑](#footnote-ref-9)
11. Сайт Научно-исследовательского центра коморбидной патологии “Рациональная медицина”. URL: <https://ratiomedicine.ru/chto-takoe-komorbidnost/> [↑](#footnote-ref-10)
12. Сайт справочника MSD, профессиональная версия. Нервная анорексия. URL (сокращенная): <http://surl.li/bcghj> [↑](#footnote-ref-11)
13. Сайт справочника MSD, профессиональная версия. Нервная булимия. URL (сокращенная): <http://surl.li/bcgis> [↑](#footnote-ref-12)
14. Сайт справочника MSD, профессиональная версия. Компульсивное переедание. URL (сокращенная): <http://surl.li/bcgjw> [↑](#footnote-ref-13)
15. Федеральный закон от 2 июля 1992 г. N 3185-I "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании". URL: <https://rg.ru/1992/08/25/psixpomosch-site-dok.html> [↑](#footnote-ref-14)
16. Сайт МКБ 10. Расстройства приема пищи (F50). URL: <https://mkb-10.com/index.php?pid=4289> [↑](#footnote-ref-15)
17. Официальный сайт NEDA (National Eating Disorders Association). Statistics and research on eating disorders. URL: <https://www.nationaleatingdisorders.org/statistics-research-eating-disorders> [↑](#footnote-ref-16)
18. US National Library of Medicine. Sefik Tagay, Eating Disorders, Trauma, PTSD and Psychosocial Resources. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3966425/> [↑](#footnote-ref-17)
19. Lauren N. Forrest PhD Carlos M. Grilo PhD Tomoko Udo PhD, 29 December 2020, Suicide attempts among people with eating disorders and adverse childhood experiences: Results from a nationally representative sample of adults. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/eat.23457> [↑](#footnote-ref-18)
20. JAMA Psychiatry. Jon Arcelus, Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders, 2011. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/1107207> [↑](#footnote-ref-19)
21. ANAD USA. Eating disorders statistics. URL: <https://anad.org/eating-disorders-statistics/> [↑](#footnote-ref-20)
22. Сайт Федеральной службы государственной статистики. Демография. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781> [↑](#footnote-ref-21)
23. Сайт National Library of Medicine. Linda Mustelin, 2016. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27662598/> [↑](#footnote-ref-22)
24. Сайт медицинского центра “Династия”. Яковенко Лариса Васильевна. URL: <https://meddynasty.ru/yakovenko-larisa-vasilevna.html> [↑](#footnote-ref-23)
25. Сайт Федеральной службы государственной статистики. Демография. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781> [↑](#footnote-ref-24)
26. Сайт Министерства здравоохранения Кировской области. Зрелый возраст - новые привычки. URL: <https://www.medkirov.ru/site/LSP6D1401> [↑](#footnote-ref-25)
27. Сайт Федеральной службы государственной статистики. Демография. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781> [↑](#footnote-ref-26)
28. Pratt BM, 2002, Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents, URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6999856/> [↑](#footnote-ref-27)
29. NEDA. Prevention. URL: <https://www.nationaleatingdisorders.org/learn/general-information/prevention> [↑](#footnote-ref-28)
30. ACT Government, Health. Eating disorders program. URL: <https://www.health.act.gov.au/services-and-programs/mental-health/eating-disorders-program> [↑](#footnote-ref-29)
31. ANAD USA. URL: <https://anad.org/> [↑](#footnote-ref-30)
32. Сайт клиника расстройств пищевого поведения базе ПКБ N1 им. Н.А. Алексеева. URL: <https://krpp24.ru/clinic/> [↑](#footnote-ref-31)
33. Сайт “Body Project”. URL: <http://www.bodyprojectsupport.org/background> [↑](#footnote-ref-32)
34. Current Opinion in Psychiatry. Evidence-based clinical guidelines for eating disorders. URL: <https://journals.lww.com/co-psychiatry/Fulltext/2017/11000/Evidence_based_clinical_guidelines_for_eating.8.aspx> [↑](#footnote-ref-33)
35. “Overcoming Binge Eating”. 1995, Dr. Christopher Fairburn, an international expert on eating disorders. URL: <https://readli.net/overcoming-binge-eating-for-dummies/> [↑](#footnote-ref-34)
36. “Нервная анорексия”. 1986 г., Коркина М. В., Цивилько М. А., Марилов В. В. URL: <http://www.psychiatry.ru/lib/55/book/58/chapter/2> [↑](#footnote-ref-35)
37. Журнал Eating Disorders. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/journal/1098108x> [↑](#footnote-ref-36)
38. Сайт клинико-диагностического центра медико-профилактической помощи “Профилактик”. Биопсихосоциальная модель. URL: <https://medprofi.org/bps> [↑](#footnote-ref-37)
39. Сайт клинико-диагностического центра “Профилактик”. URL: <https://medprofi.org/bps> [↑](#footnote-ref-38)
40. Сайт медицинского центра “Премиум”. Шкала депрессии Бека. URL: <https://grkpremium.ru/shkala-depressii-beka/> [↑](#footnote-ref-39)