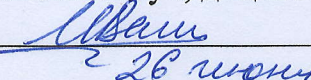


МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«ТЮМЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ИНСТИТУТ ПСИХОЛОГИИ И ПЕДАГОГИКИ
Кафедра общей и социальной психологии

РЕКОМЕНДОВАНО К ЗАЩИТЕ В ГЭК
Заведующий кафедрой
д-р. психол. наук, доцент

 И.В. Васильева
26 июня 2023 г.

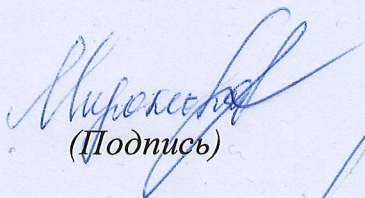
ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
магистерская диссертация

СВЯЗЬ ОБРАЗА ТЕЛА И НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У
МОЛОДЕЖИ (НА ПРИМЕРЕ НЕРВНОЙ ОРТОРЕКСИИ)

37.04.01 Психология

Магистерская программа «Психология: личностное и организационное
консультирование»

Выполнил работу
студент 2 курса очной
формы обучения


(Подпись)

Миронова Александра
Николаевна

Научный руководитель
канд. психол. наук


(Подпись)

Андреева Ольга
Станиславовна

Рецензент
д. мед. н., профессор, зав. кафедрой
психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО
«Тюменский государственный
медицинский университет»


(Подпись)

Раева Татьяна
Викторовна

Тюмень
2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1. СВЯЗЬ НЕРВНОЙ ОРТОРЕКСИИ И ОБРАЗА ТЕЛА У МОЛОДЕЖИ КАК НАУЧНАЯ ПРОБЛЕМА.....	10
1.1. НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У МОЛОДЕЖИ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА.....	10
1.1.1. ФЕНОМЕНЫ, ДЕМОНИСТРИРУЮЩИЕ ВАЖНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОШЕНИЯ У МОЛОДЕЖИ К ЕДЕ.....	10
1.1.2. ВАЖНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ПИЩЕВЫХ ПРИВЫЧЕК И ОТНОШЕНИЯ К ОБРАЗУ СОБСТВЕННОГО ТЕЛА У МОЛОДЕЖИ.....	14
1.1.3. ПРОБЛЕМА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПРАКТИКЕ ПСИХОЛОГА.....	17
1.2. ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК МЕДИЦИНСКИЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН.....	19
1.2.1. ПОНЯТИЕ И ФОРМЫ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	19
1.2.2. ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК КЛИНИЧЕСКАЯ (МЕДИЦИНСКАЯ) ПРОБЛЕМА.....	24
1.3. НЕРВНАЯ ОРТОРЕКСИЯ: КЛИНИЧЕСКИЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ.....	31
1.4. ОБРАЗ ТЕЛА И ЕГО СВЯЗЬ С ПИЩЕВЫМ ПОВЕДЕНИЕМ.....	35
1.4.1. ПОНЯТИЕ И СОСТАВЛЯЮЩИЕ ОБРАЗА ТЕЛА.....	41
1.4.2. ФОРМИРОВАНИЕ ОБРАЗА ТЕЛА.....	41
1.4.3. СВЯЗЬ ОБРАЗА ТЕЛА И ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	47
ВЫВОДЫ ПО ПЕРВОЙ ГЛАВЕ	52
ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ О ВЫЯВЛЕНИИ СВЯЗИ ОБРАЗА ТЕЛА И НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У МОЛОДЕЖИ (НА ПРИМЕРЕ НЕРВНОЙ ОРТОРЕКСИИ)	56
2.1. ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	56

2.2. ОБРАБОТКА И ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ...	58
2.2.1. КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ.....	58
2.2.2. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕСПОНДЕНТОВ С НИЗКИМ И ВЫСОКИМ УРОВНЕМ НЕРВНОЙ ОРТОРЕКСИИ.....	66
ВЫВОДЫ ПО ВТОРОЙ ГЛАВЕ.....	72
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	76
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	79
ПРИЛОЖЕНИЯ 1-7.....	86

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АПА – американская психиатрическая ассоциация

ДСМ – диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам

ЗОЖ – здоровый образ жизни

ИМТ – индекс массы тела

КБЖУ – калории, белки, жиры, углеводы

МКБ – международная классификация болезней

РПП – расстройство пищевого поведения

СМИ – средства массовой информации

ВВЕДЕНИЕ

Потребление продуктов питания играет неоспоримую роль в поддержании психического и физического здоровья, потенциально увеличивая продолжительность жизни и снижая риск хронических заболеваний. Таким образом, приверженность здоровому питанию все больше поощряется в современном обществе. Однако, то, что может показаться добродетельным стремлением к улучшению здоровья, иногда на самом деле может быть нездоровой одержимостью. Этот феномен и называется «нервная орторексия», который употребляется для описания патологической зависимости от здорового питания. Опасность данного термина заключается в иллюзии полного здоровья, которая, в конечном итоге, приводит к снижению качества жизни.

В СМИ и в социальных сетях в настоящее время существует огромное количество информации о питании, где тренд на «чистое питание» значительно преувеличивается. Каждый год размещается множество постов, ассоциируемых с симптомами нервной орторексии, для придания огромного значения внешнему виду и диете. Кроме того, с помощью пропагандирования здоровой физической формы, неосознанно распространяется осуждение избыточного веса и одобряются неупорядоченные методы питания, замаскированные под «здоровые». Соблюдение такого образа жизни становится вопросом морального и социального значения, когда «здоровое» питание восхваляется обществом, а «нездоровое» питание воспринимается как преступление. Все это влияет на психическое здоровье молодого поколения.

Актуальность темы исследования заключается в том, что в связи с распространением в СМИ и социальных сетях тренда на правильное питание и здоровый образ жизни среди молодежи возникло резкое увеличение обращений к «специалистам» по правильному питанию, которые не имеют профильного образования и которые зачастую дают рекомендации, не совместимые со здоровьем, что, в свою очередь, спровоцировало нарушения

пищевого поведения. Все это и послужило причиной в острой необходимости изучить и исследовать сравнительно нового феномена, как нервная орторексия.

Таким образом, *проблемой* данного научного исследования является, что в целом виды пищевого поведения зачастую рассматриваются только в контексте привычек и типов питания, схем питания, рекомендаций и алгоритмов действий. Однако, особенности восприятия образа собственного тела у молодежи с различными пищевыми моделями являются малоизученными, в то время как знание и понимание этих особенностей является важным в процессе психологического консультирования по вопросам пищевого поведения и нервной орторексии.

Объектом данного исследования являются психологические аспекты пищевого поведения.

Предметом данного исследования является связь образа тела и нарушений пищевого поведения (на примере нервной орторексии).

Целью исследования является эмпирически выявить и исследовать связь между образом тела и нервной орторексией у молодежи.

Таким образом, цель работы предопределила решение следующих *основных задач*:

1. Рассмотреть понятие, сущность и виды пищевого поведения, а также отношение молодежи к собственному образу тела.
2. Выделить и систематизировать психологические и клинические аспекты пищевого поведения у молодежи.
3. Рассмотреть понятие, составляющие и формирование образа тела, и его связь с пищевым поведением.
4. Провести эмпирическое исследование среди молодежи для того, чтобы с помощью полученных данных проверить эмпирические гипотезы.

Гипотезы данного исследования:

1. Существуют значимые различия неудовлетворенности образом своего тела у людей с выраженной и отсутствующей нервной орторексией.

2. Существует связь между генерализованным образом собственного тела и степенью выраженности нервной орторексии.

3. Связь между компонентами образа тела, не связанными напрямую с телосложением (лицо, внешний облик, выразительное поведение), и степенью выраженности нервной орторексии отсутствует.

4. Существует связь между степенью выраженности нервной орторексии и ограничительным типом расстройств пищевого поведения.

Методологической базой исследования послужили:

1. Работы отечественных и зарубежных психологов-консультантов, клинических психологов, врачей и исследователей в области пищевого поведения (Аграс В., Барыльник Ю. Б., Вознесенская Т. В., Гмошинская М. В., Гурченкова М. А., Дадаева В. А., Демецкая А., Еремина С. Р., Егоренко А. О., Захарова М. Л., Коркина М. В., Логинова О. А., Марилов В. В., Меркулова А. Р., Михайлова А. В., Николаева Н. О., Орлова О. В., Пырьева Е. А., Приленская А. В., Приленский В. Ю., Рынза О. П., Саволкова О. А., Фатеева М. С., Цивилько М. А., Шилина Н. М., Ширшев С. В., Arby A.W., Arakelyan H., Birgegard A., Barthels F., Barrada J. R., Bratman S., Beck A. T., Bray B., Bradley R., Berch C., Bender D. S., Bruch H., Crews C., Dunn T., First M. B., Gau J. M., Ikiz T., Rohde P., Reed G. M., Rabstejnek C., Roncero M., Stice E., Skodol A. E., Sodersten P., Kogan C., Koven N. S., Larsson H., Leon M., Mehler P. S., Maggio E., Mattioli S., Mathieu J., Murray B., Norring C., Novara C., Nagata J. M., Nymah H., Polat A., Ulfverbrand S., Weiner K., Yucel B., Yao S.).

2. Работы отечественных и зарубежных исследователей в области образа тела (Авдюнина Н. А., Баранов В. А., Дорожевец А. Н., Иванов Д. В., Соколова Е. Т., Скугаревский О. А., Фадеева К. М., Хохрина А. А., Altabe M., Brodie D. A., Beumont P. E., Bell L., Collins J. K., Cumming, W. J. K., Fernandez F., Gardner R. M., Grogan S., Holland G., Krass J., Philips T., Probst M., Rushforth J., Slade P. D., Schontz, F. C., Schidler P., Tiggemann M. A., Touyz S. W., Thompson J. K.).

Для решения поставленных задач в работе были использованы следующие **методы исследования**:

1. Изучение, критический анализ, обобщение и систематизация литературы по теме исследования.

2. Проведение анкетирования и констатирующего эксперимента.

3. Анализ и синтез полученных данных.

В эмпирическом исследовании были использованы следующие **методики:**

1. Опросник нервной орторексии С. Бретмена.

2. Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ) Т. Стриена.

3. Опросник образа собственного тела О. А. Скугаревской и О. В. Сивухи.

4. Опросник «Оценочно-содержательная интерпретация компонентов внешнего облика» Е. В. Белугиной и В. А. Лабунской.

Результаты данного исследования обрабатывались с помощью методов математической статистики: корреляционный и сравнительный анализы.

Эмпирическую базу исследования составили 345 человек в возрасте от 18 до 35 лет, из которых 46 респондентов мужского пола и 299 респондентов женского пола.

Теоретическая новизна исследования заключается в том, что образ тела в контексте нервной орторексии был рассмотрен детализировано (тело, телосложение, лицо, оформление внешнего облика, выразительное поведение, общие суждения о компонентах внешнего облика), в то время как традиционно он рассматривается в общем или рассматривается только тело (телосложение) как таковое. Было выявлено, что существует и неудовлетворенность образом своего телосложения, лица, другими компонентами внешними облика, а также динамическими характеристиками невербального поведения. В дополнение, нервная орторексия в данной работе была рассмотрена в связи с другими типами расстройств пищевого поведения, а именно: с ограничительным, эмоциогенным и экстернальным.

Практическая значимость исследования заключается в том, что результаты работы имеют ценность для психологов-консультантов,

клинических психологов и других специалистов; работа позволяет лучше понять связь между образом тела и пищевым поведением, а именно одержимостью здоровым правильным питанием, а также получить новые подходы работы по вопросам пищевого поведения среди молодежи.

ГЛАВА 1. СВЯЗЬ НЕРВНОЙ ОРТОРЕКСИИ И ОБРАЗА ТЕЛА У МОЛОДЕЖИ КАК НАУЧНАЯ ПРОБЛЕМА

1. 1. НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У МОЛОДЕЖИ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

1.1.1. ФЕНОМЕНЫ, ДЕМОНИСТРИРУЮЩИЕ ВАЖНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОШЕНИЯ У МОЛОДЕЖИ К ЕДЕ

Новые тренды, тенденции, способы коммуникации (например, через социальные сети) являются определяющими факторами для общества в навязывании какой-то идеи. Ярким примером этого является случай с широко распространенной нервной анорексией среди женщин после появления тренда на худых моделей.

В современном мире с растущим спросом на правильное питание и здоровый образ жизни появляется необходимость в дополнительных исследованиях того, приведет ли «здоровое поведение», в конечном итоге, к положительному или патологически вредному воздействию на здоровье.

В настоящее время тенденция к здоровому питанию, био- и эко-продуктам, произведенным без пестицидов, искусственных ароматизаторов, красителей, консервантов становится все более популярной среди молодого поколения, так как в СМИ и социальных сетях стали широко пропагандировать нужность здорового образа жизни и рационов правильного питания. Существует огромное количество телепередач и интернет-блогов на тему правильного питания, в которых рассказываются о «полезной» и «вредной» еде, о том, что и как лучше всего употреблять в пищу. Кроме того, многие блоггеры в различных социальных площадках пропагандируют «лечебное голодание», сыроедение, полный отказ от соли и сахара, урилотерапия, длительные монодиеты, что, безусловно, оказывает сильное влияние на молодое поколение.

С одной стороны, эта тенденция оказывает положительное влияние на самочувствие людей, например, снижает риск возникновения различных заболеваний, в какой-то степени улучшает качество жизни, повышает способность организма справляться с умственными и физическими нагрузками. С другой стороны, если единственным критерием для включения продукта в рацион является его польза для здоровья, любые отклонения от идеала могут усилить беспокойство и тревожность. Также такая тенденция здорового питания может постепенно принять форму патологической фиксации на потреблении «правильной» и «чистой» пищи. Все это, безусловно, становится навязчивой идеей и в последствии приводит к различным расстройствам пищевого поведения, в том числе к нервной орторексии. Таким образом, благие намерения и правильные пищевые привычки перерастают в невротические.

Сложность лечения нервной орторексии заключается в том, что у клиента существует закоренелое представление, что он действует на благо своего организма и живет здоровее других. В результате чего клиент испытывает постоянный страх набрать вес или поменять форму и качество своего тела.

Кроме того, у клиента появляется состояние «скрытого голода», дефицит необходимо-важных веществ в организме. Все это, безусловно, пагубно влияет на физическое и эмоциональное здоровье клиента.

В частности, ниже приведены несколько примеров из женского форума, посвященных правильному питанию, которые, в свою очередь, иллюстрируют данную проблему:

Пример 1. Ольга, 19 лет: «Изначально была цель перейти на правильное питание, из-за чего по худела. Далее начался уже страх вернуть скинутый вес. Потом начался азарт. Похудела до 37 кг, из-за попала в больницу, а следом и к психиатру. Психиатр назначит таблетки, психологической помощи как таковой не было. Спустя время начала восстанавливаться, стала судорожно считать КБЖУ, получалось съесть на 2000 калорий в сутки. Каждый день

занималась спортом. Было острое желание жить с ощущением, что я здорова. Далее пошла к гинекологу по причине того, что отсутствует менструальный цикл, врач рекомендовала набрать вес, потому что гормональные таблетки не помогают. Это было месяц назад. И вот тут впервые в жизни меня накрыло депрессией. Хочу восстановить женское здоровье, но не хочу толстеть. От этой апатии уже 46 кг. И от этого еще страшнее. Депрессия от мыслей о весе оказалась страшнее чем само течение анорексии. Уже думаю о том, что если сейчас снова похудею, то и депрессия пройдет, но тогда о восстановлении здоровья не будет и речи. Я понимаю, что 46 кг – это нездорово. Через силу стараюсь правильно питаться, заниматься физическими упражнениями, но страх потолстеть берет вверх над собственным здоровьем. Уже крик души, не знаю как справиться с данной проблемой».

Пример 2. Анастасия, 24 года: «Я пропускала все вечеринки, свадьбы и посиделки. Если я всё-таки приходила на какие-либо мероприятия, мне было некомфортно. Я врала, что я уже поела, и из-за меня людям тоже было некомфортно. Дома родители покупали и привозили специально для меня какую-то особую еду из магазина здорового питания. Потом начались перебои в работе сердца, головокружения, сложно сосредоточиться, ужасная усталость, пропали месячные. Подруга организовала мне консультацию в психологическом центре, и выяснилось, что одержимость «правильной, полезной едой» перетекла из орторексии в анорексию».

Пример 3. Екатерина, 23 года: «Где-то через год после одержимостью правильным питанием у меня начали истончаться и выпадать волосы, я была постоянно уставшая, вечно тревожилась, никуда не ходила, кожа у меня стала желтоватого оттенка из-за переизбытка бета-каротина, и я вообще уже свихнулась на постоянном поиске продуктов, приготовлении еды, фотографировании её для блога. У меня периодически случались «зажоры» этой самой «супер-полезной едой». Ещё через полгода я поняла, что это перебор. Я абсолютно не чувствовала себя здоровой. При этом, мне нужно

было делиться с подписчиками моим искренним интересом к здоровому образу жизни, а я уже была совсем не такая».

Пример 4. Александра, 22 года: «Все началось еще с 14 лет, когда при весе в 47 начала казаться себе очень толстой. С тех пор периодами голодаю, на постоянной основе стараюсь много ходить (по 15 тысяч шагов в день), иногда занимаюсь изнурительными тренировками. Также случаются периоды компульсивного переедания, которое очень сложно контролировать, от чего обратно набираю вес. С 14 лет постоянно то худею, то набираю вес. Переломный момент случился в 21 год, когда я перестала есть вообще, и следующие несколько месяцев питалась на 200 калорий в день. Появилась сильная потребность в еде. Понимая, что так жить больше не могу, я начала «прикрываться благими намерениями» и стала много читать про питание, а именно сколько нужно потреблять белков, жиров, углеводов и калорий в день, а также как это правильно считать, какой состав у продуктов должен быть, постоянно читала рецепты ПП-блюд, и т.д. Со временем я стала одержима едой, я постоянно думала о том, что, как и когда мне съесть. Я считала каждую крошку, которая попала мне в рот. То есть, еду я начала воспринимать не как пищу, а как цифры. Это дошло до того, что я знаю калорийность каждого продукта и могу в уме определить сколько калорий в блюде с минимальной погрешностью. Я начала делить еду на «хорошую» и «плохую». Также стала тратить много денег на продукты из специальных магазинов правильного, здорового питания. Я проводила часами в магазинах возле полок с едой, читая составы продуктов, выбирала только самое правильное и полезное. А, если я съела «плохую» еду или мне показалось, что съеденных калорий вышло больше, чем нужно, то немедленно их «отрабатывала» изнурительными тренировками, ведь спорт и подвижный образ жизни – это «здоровье и польза для организма». Спустя время надоело считать калории, следить за питанием, читать составы продуктов и т.д., но недавно опять появилось ощущение, что я «жирная», и хочется начать худеть. Но при этом понимаю, что это делать

нельзя, поэтому опять в «благих» намерениях хочу следить за питанием и заниматься спортом, чтобы улучшить качество тела» [Woman.ru].

Таким образом, исходя из всего вышеперечисленного, можно сделать вывод о том, что общими факторами во всех перечисленных выше примерах являются:

1. Одержимость правильным питанием, полезной едой, подсчетами КБЖУ.
2. Осознание, что данная ситуация является проблемной, а попытки к решению которой применялись, не увенчались успехом.
3. Тонкая грань, в которой желание правильно питаться, заниматься спортом и следить за своим здоровьем перетекает в нервную орторексию.

Следовательно, *объектом* исследования являются психологические аспекты пищевого поведения.

1.1.2. ВАЖНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ПИЩЕВЫХ ПРИВЫЧЕК И ОТНОШЕНИЯ К ОБРАЗУ СОБСТВЕННОГО ТЕЛА У МОЛОДЕЖИ

Субъективные причины, приводящие клиента к нервной орторексии, могут быть разными: принадлежность к какой-либо социальной деятельности, семейные пищевые сценарии или ипохондрическая фиксация на своем здоровье. Многие психологи-консультанты за последнее десятилетие стали активно уведомлять в своих блогах и сайтах о том, что с каждым годом данное расстройство становится все более распространенным, что приводит к увеличению числа пациентов у диетологов, нутрициологов, интуитивных специалистов по питанию, а также к увеличению числа клиентов у психологов-консультантов, нуждающихся в корректировании пищевого поведения. Более того, некоторые психологи-консультанты, обладающие особыми знаниями в этой области, организуют различные обучающие курсы для своих коллег, на которых рассказывают о техниках

консультирования для таких клиентов [Современные методы диагностики и терапии расстройств пищевого поведения...].

В СМИ активно транслируется информация об отношении к еде, выдвигаются стереотипы о том, как «правильно» питаться. В том числе можно заметить большое количество групп и сообществ в социальных сетях по тематике «здорового» питания и «правильного» образа жизни. При этом предлагаемые извне варианты питания могут быть абсолютно разными: интервальное («лечебное») голодание, абсолютный отказ от «вредных» продуктов питания, например, от сахара, соли, быстрых углеводов и жиров. Так, например, каждую неделю россияне задают почти два миллиона запросов о различных диетах. «Яндекс» провел статистику по поводу запросов о том, как похудеть с помощью отдельных продуктов. Например, в 2014 году самым популярным продуктом являлись ягоды годжи, поскольку в поисковике было множество запросов по поводу того, как похудеть с помощью таких ягод и в чем их «волшебные» свойства [Запросы о том, как похудеть].

Кроме того, обсуждаемость и актуальность данной проблемы можно заметить в наиболее популярной социальной сети в России у молодежи «ВКонтакте», в которой можно найти огромное количество пабликов и групп, посвященных нарушениям пищевого поведения. Просмотрев такие группы, можно сделать вывод о том, что среди молодого поколения эта тема довольно обсуждаема и актуальна, поскольку групп с такой тематикой насчитывается более 500, в которых огромное количество юношей и девушек жалуются, ищут поддержки и просят совета у людей с похожими проблемами [Vkontakte.ru]. Более того, люди из таких групп объединяются для общения, создают общие беседы, чтобы друг другу сообщать о своем беспокойстве и помогать коллективно друг другу решать проблемы в нарушении пищевых привычек и искаженном представлении собственного тела.

Тренд на правильное питание добрался и до многих регионов России. Так, например, Газета.ру выяснила, что спрос на здоровое питание в 2020 году вырос в 3 раза. Например, по данным онлайн-магазина «Wildberries» известно,

что спрос покупателей на правильное питание вырос почти в 2 раза по сравнению с 2019 годом. Например, наибольшую динамику роста на сайте продемонстрировали такие продукты здорового питания, как бобовые, орехи, ягоды, сахарозаменители, гранола, безглютеновые продукты. Также представители онлайн-магазина «Ozon» отметили, что спрос на ЗОЖ-продукты вырос почти в 4,5 раза по сравнению с прошлым годом. В особенности покупатели все чаще стали приобретать безглютеновые продукты (продажи выросли почти в 2 раза). Также трендом 2021 года стала микрозелень и домашние проращиватели для нее, продажи которой выросли почти в 4 раза [Распробовали ЗОЖ: тренд на здоровое питание...].

Кроме того, по статистике, выдвинутой московской Клиникой Расстройств Пищевого Поведения известно, что за последнее десятилетие в России значительно вырос процент среди молодого поколения (на 4, 2%), имеющих нарушения в пищевых привычках [Что такое РПП?]. Среди опрошенных, более половины девушек и одной трети юношей выявлялись такие нарушения в питании, как: интервальное голодание, отказ от разных продуктов питания из-за различных соображений, прием пищи в строго отведенное время и т.д.

Также согласно статистике расстройств пищевого поведения, среди молодежи выявлено, что около 57% девушек придерживаются разным способам диеты [Eating disorder statistics].

Более того, согласно официальной общей мировой статистике, 10 200 смертей в год являются прямым результатом каких-либо нарушений в приеме пищи. Это означает, что каждый час в мире умирает 1 человек от последствий, связанных с нарушением пищевого поведения [General eating disorder statistics].

Таким образом, исходя из всего вышеперечисленного, можно сделать вывод о том, что одержимость здоровым питанием в обществе является широко обсуждаемой и крайне актуальной в наши дни. Согласно статистике, а именно кратному приросту количества запросов слов в поисковиках,

запросов в онлайн-магазинах, а также различных блогах и форумах, олицетворяющих новую социальную тенденцию на ЗОЖ-продукты. Все представленные факторы создают почву для более детального исследования что же именно стоит за одержимостью к правильному питанию, какова связь этой навязчивости и отношением к собственному телу у молодежи.

1.1.3 ПРОБЛЕМА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПРАКТИКЕ ПСИХОЛОГА

В работе психолога-консультанта с клиентами, имеющими какие-либо нарушения пищевого поведения, а также с искаженным восприятием собственного тела могут возникать трудности как со стороны специалиста, так и со стороны клиента.

На сегодняшний день в России очень мало квалифицированных специалистов именно в этой области, поэтому первой сложностью в работе с такими клиентами может быть связана с недостатком информации по данной теме от других коллег.

Также большой трудностью в процессе консультирования может являться именно сама специфика данной проблемы, поскольку у нарушений пищевого поведения есть клинический характер, также при помощи таким клиентам нужно учитывать и нутрициологию. Именно поэтому психолога-консультанта могут возникать некоторые трудности в понимании целостной картины ситуации, поскольку он может не владеть достаточным уровнем знаний по такому профилю.

Вместе с тем, еще одной трудностью как для психолога-консультанта, так и для клиента может послужить и социальная среда клиента, поскольку проблема пищевого поведения зачастую завязана на окружении (родители, родственники, друзья). Таким образом, сложность может быть в том, что психолог-консультант не может и не в праве прямо повлиять на окружение клиента, соответственно, не всегда и может отвечать за процесс

консультирования. Кроме того, трудностью для психолога-консультанта в данном аспекте может и являться созависимость клиента в отношениях и системной семейной терапии, специфику которой психолог-консультант в данной сфере может не знать.

Также стоит отметить трудность для психолога-консультанта и скептицизм к психологу из-за наличия большого спектра бесплатных программ, которые «гарантируют» результат, поэтому у некоторых клиентов возникает непонимание за что платить деньги психологу-консультанту и на какой результат рассчитывать, и есть ли эффективность от данных консультаций. Поэтому на данный момент психологу-консультанту трудно конкурировать с иными предложениями, существующими на рынке.

Преодолеть выше представленные сложности в работе весьма реально. Так, во-первых, это может являться формирование доверия между психологом-консультантом и клиентом: создание комфортной для клиента обстановки, грамотно выстроенная беседа с клиентом, акцентирование внимания на проблеме клиента.

Несомненно, для более результативного и эффективного процесса консультирования необходима некая подготовка для психолога-консультанта по данной области. Так, например, некоторые российские психологи, имеющие дополнительные квалификации в области медицины и нутрициологии, проводят различные обучающие курсы и семинары (в том числе и бесплатные), повышающие квалификации по теоретическим основам, а также техникам и методикам в работе с клиентами такого профиля [Современные методы диагностики и терапии расстройств пищевого поведения...].

То есть, зная всю специфику работы с такими клиентами, чтобы улучшить качество оказания услуг, необходимо учитывать не только показания психиатров, диетологов и нутрициологов, но и рекомендации психологов-консультантов.

Таким образом, исходя из всего вышеперечисленного, можно сделать вывод о том, что предполагаемым ожидаемым результатом может послужить разработка методических рекомендаций для работы с клиентами такого профиля, чтобы избежать деструктивных консультаций и, в дальнейшем, выстраивать эффективную программу взаимодействия с клиентами. Проводимое исследование также может оказаться полезным для работы различных специалистов: не только для психологов-консультантов, но и для диетологов и нутрициологов, которым данное пособие может являться весьма полезным при корректировке плана питания. Кроме того, данное исследование может помочь архитекторам спланировать проекты корпусов для лечения нервной орторексии: нужно проводить индивидуальную или групповую терапию (от этого зависит какие блоки должны быть и сколько кабинетов), нужно ли таким клиентам жить одному или, наоборот, в комнате должно быть несколько человек (от этого зависит какая площадь у комнат и какой дизайн у них должен быть).

1.2. ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК МЕДИЦИНСКИЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН

1.2.1. ПОНЯТИЕ И ФОРМЫ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Для начала, стоит рассмотреть, что представляет из себя пищевое поведение, затем следует обозначить типы пищевого поведения. Сам термин «пищевое поведение» возник сравнительно в 300-х годах до н.э., поскольку потребность в потреблении пищи – это одно из первичных потребностей человека. Само понятие «пищевое поведение» можно охарактеризовать как весьма сложный процесс, так как это не только биологическая потребность каждого человека, но и является разрядкой психоэмоционального напряжения. То есть, можно сделать вывод о том, что пищевое поведение эволюционировало с культурой и обществом, и, следовательно, эволюция,

культура и общественные убеждения оказывают влияние на то, как и что мы едим [Николаева].

Чтобы точнее дать определение такому понятию, как пищевое поведение, следует обратиться к современным словарям. Так, например, согласно Большой энциклопедии по психиатрии, пищевое поведение понимается как «общий термин, обозначающий все компоненты поведения, которые присутствуют в нормальном процессе приема пищи» [Жмуров]. С более широким понятием можно ознакомиться в Оксфордском толковом словаре по психологии: «общий термин, используемый для обозначения всех различных компонентов поведения, участвующих в нормальном процессе приема пищи. Сюда входят такие подготовительные модели поведения, как поиск пищи, фактическое потребление пищи и большое число физиологических процессов, участвующих в утилизации того, что было съедено» [Оксфордский толковый словарь по психологии].

История изучения понятия здорового пищевого поведения, а также формы его нарушения весьма многообразны. В настоящий момент существует большое количество теорий и объяснений того, как предпочтения в еде могут вызывать здоровое и нездоровое пищевое поведение. Некоторые примеры, представленные ниже, включают эволюционное объяснение, поведенческие объяснения и культурные влияния. Например, эволюционная теория объясняет, что предпочтения в еде формируются из того, что ели наши предки. То есть, предпочтения в еде являются врожденными, целью которых является увеличить вероятность выживания и размножения потомства. На пищевое поведение также оказывают влияние культурные и религиозные убеждения. Например, рождественские посты у христиан или широкая доступность продовольствия в некоторых странах (определенные продукты питания). Согласно статистике из местного форума, в котором китайцы делятся о своих предпочтениях, можно сделать вывод, что в Южном Китае местные жители, как правило, едят много риса, а в Северном Китае, наоборот, потребляют больше лапши из пшеничной муки [Do the Chinese eat more rice or noodles?].

Более того, и окружающая среда человека влияет на психологию формирования пищевого поведения. Например, ребенок может имитировать реакцию родителя на определенную пищу, что может предотвратить или увеличить повторное употребление этой конкретной пищи.

Существует два условных вида пищевого поведения: здоровое и нездоровое. В статье под названием: «Физиологические эффекты грелина» О. А. Логинова, Е. Г. Орлова и С. В. Ширшев описали суть здорового пищевого поведения, которая состоит в том, чтобы есть только тогда, когда голоден, и прекращать есть, когда сыт, чтобы поддерживать здоровый вес по рекомендуемым параметрам роста и веса. В контексте определения здорового пищевого поведения и его формирования исследователи на данный момент изучают роль нервных и гормональных механизмов, участвующих в поддержании здорового пищевого поведения. Известно, что изменения гормонов и активности в области мозга, например, гипоталамус, регулируют пищевое поведение. Активация гипоталамуса и выделение определенных гормонов сигнализируют мозгу, когда мы голодны или сыты. Боковой гипоталамус вызывает голод в ответ на внутренние и внешние раздражители, например, низкий уровень глюкозы в организме. Вентромедиальный гипоталамус, наоборот, дает знать, когда вы сыты после еды, поэтому вы перестаете есть, например, повышение уровня глюкозы в организме. Более того, на формирование здорового пищевого поведения огромную роль несут два гормона: лептин (гормон насыщения) и грелин (гормон голода). Поэтому, из-за нарушений в выработке таких гормонов в организме, человек может переест или, наоборот, не потреблять столько пищи, сколько нужно его организму [Логинова, Орлова, Ширшев].

Кроме здоровых проявлений пищевого поведения существуют и определенные нарушения. Зарубежные исследователи в области расстройств пищевого поведения также попытались объяснить какие факторы влияют на формирование нездорового пищевого поведения. Существует несколько теорий, объясняющих, как нездоровое пищевое поведение может привести к

нервной анорексии. Во-первых, этому может послужить биологическое объяснение: высокий уровень дофамина в организме человека может быть связан с нервной анорексией [Sodersten, Bergh, Leon]. Во-вторых, этому есть и психологические объяснения: согласно теории семейных систем, люди, выросшие в чрезмерно критикующей среде, более склонны к развитию анорексии. Кроме того, согласно теории социального обучения, у людей может формироваться нездоровое пищевое поведение из-за подражания закоренелым ролевым моделям [Rabstejnek].

Так, например, R. Morton в 1689 году ввел первоначальное понятие нервной анорексии. Так как в 16-17 веках было особо популярно течение аскетизма, то люди старались соблюдать строгие обеты и посты. Это, в свою очередь, провоцировало истощение у молодых девушек: вначале у них наблюдались такие признаки, как отсутствующий аппетит и подавленное состояние, после они могли вызывать рвоту или совсем не есть ничего, от чего умирали. Далее, усиленное изучение этого феномена началось в 18-19 веках французскими и немецкими учеными, основоположниками являлись именитые врачи, такие как W. Gull и С. Lasgue [Ранние этапы формирования пищевого поведения]. В России же одна из самых первых работ принадлежит А. А. Киселю, который в 1894 году описал понятие «нервной анорексии истерического генеза» у 11-летнего ребенка [Коркина, Цивилько, Мариллов].

На данный момент, согласно международной классификации психических расстройств (МКБ-11) выделяют такие формы нарушений пищевого поведения, как:

- 1) «анорексия (anorexia nervosa);
- 2) булимия (bulimia nervosa);
- 3) компульсивное переедание (binge eating disorder);
- 4) категории прочих уточненных и неуточненных расстройств пищевого поведения;
- 5) избегающе-ограничительное расстройство приема пищи (avoidant-restrictive food intake disorder, ARFID);

б) и другие, редкие расстройства, например, пика или руминация-регургитация и т.д.» [Reed, First, Kogan, p. 3–19].

Кроме того, принято различать нарушения пищевого поведения по 3 основным типам:

1. Экстернальный тип, который характеризуется как прием пищи в ответ на внешние стимулы, такие как запах еды, ее внешний вид и т.д.
2. Ограничительный тип, который характеризуется как сознательные усилия по контролю потребления пищи с целью похудения.
3. Эмоциогенный тип, который характеризуется как прием пищи как удовлетворение эмоциональных потребностей: при стрессе или во время переживания других негативных эмоций [Дадаева].

В следующих разделах работы, представленные выше типы нарушений психологического поведения, согласно МКБ-11, будут рассмотрены подробнее в качестве клинической и психологической проблематики.

Таким образом, исходя из всего вышеперечисленного, можно сделать вывод о том, что пищевое поведение является многосложным (с точки зрения и биологии, и психологии) и нюансированным понятием. Кроме того, точная этиология данных расстройств в настоящее время неизвестна, продолжается прогресс в понимании их происхождения. Различные исследования в данной области подчеркивают генетический вклад, психонейроэндокринные факторы (взаимодействие между физиологическими эффектами голодания и поведением), когнитивные искажения, роль социокультурного давления и модели взаимодействия в семье. То есть, на формирование как здорового, так и нездорового типа пищевого поведения влияют множество причин и условий: от биологических до социальных, поскольку пищевое поведение является одним из самых важных факторов для жизни каждого человека: удовлетворение биологической, социальной и духовной потребностям.

1.2.2. ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК КЛИНИЧЕСКАЯ (МЕДИЦИНСКАЯ) ПРОБЛЕМА

Расстройство пищевого поведения можно охарактеризовать как психическое, определяемое такими привычками питания, которые крайне негативно влияют на физическое и психическое здоровье человека. Расстройства пищевого поведения подразделяются на несколько типов, но наиболее распространенными являются: нервная анорексия, нервная булимия, компульсивное переедание, и избегающе-ограничительное расстройство приема пищи.

Согласно словарю по психиатрии, нервная анорексия – это «психическое расстройство, вызванное болезненным стремлением к достижению максимально возможных худобе и потере веса» [Большая энциклопедия по психиатрии].

В международной классификации психических расстройств (МКБ-11) описываются обновленные данные по сравнению с МКБ-10. Например, сейчас, чтобы поставить нервную анорексию у пациента, можно не основываться на критерий о наличии эндокринного расстройства. Так как свежие данные указывают на то, что такой критерий наблюдается не во всех случаях проявления нервной анорексии. Кроме того, порог для низкой массы тела подняли с 17,5 кг/м² до 18 кг/м², по сравнению с МКБ-10. Также, чтобы поставить данный диагноз больше не нужно основываться на такой аспект как «жировая фобия» у пациента [Reed, First, Kogan].

Кроме того, согласно ДСМ-5, симптомы анорексии следующие:

- 1) «ограничение потребления пищи, приводящее к значительно низкой массе тела в контексте возраста, пола, траектории развития и физического здоровья (меньше минимально нормального);
- 2) страх набрать вес или поведение, препятствующее увеличению веса;

3) беспокойство из-за веса, формы своего тела или постоянное непонимание серьезности низкой массы своего тела» [Keel, Brown, Holm-Denoma, p. 553-600].

Шведские исследователи по вопросам генетических факторов анорексии также выявили иные расстройства, которые обычно сопровождаются с анорексией:

- 1) «расстройства настроения (зачастую депрессивное расстройство);
- 2) тревожные расстройства;
- 3) обсессивно-компульсивное расстройство;
- 4) посттравматическое стрессовое расстройство;
- 5) расстройство, связанное с употреблением алкоголя или психоактивных веществ» [Yao, Larsson, Norring, p. 1-8].

Термин нервная булимия описывается в справочнике психотерапевта, как: «заболевание, проявляющееся в чрезмерном, несдерживаемом аппетите с поглощением очень большого количества пищи и последующей искусственно вызываемой рвотой» [Дроздов].

В международной классификации психических расстройств (МКБ-11) нервная булимия у пациента может быть независимо от текущего веса. Однако, индекс массы тела не должен быть слишком низким по соответствию с нервной анорексией. Кроме того, чтобы поставить данный диагноз, уже не нужно руководствоваться «объективными» переживаниями пациента, и может быть диагностирован на основе «субъективных» переживаний – это когда человек ест больше или по-другому, чем обычно, испытывая потерю контроля над едой [Reed, First, Kogan].

Существуют серьезные риски для здоровья человека из-за булимии. Хронические и повторяющиеся эпизоды переживания и очищения оказывают негативное воздействие на системы организма человека:

- 1) «сердечные осложнения (нерегулярное сердцебиение и сердечная недостаточность, вызванные дисбалансом электролитов, таких как: калий, натрий и хлорид);

- 2) обезвоживание;
- 3) отеки, возникающий в результате периодов прекращения очищения;
- 4) язвы, панкреатит;
- 5) воспаление или разрыв пищевода, кислотный рефлюкс (в результате рвоты);
- б) кариес и окрашивание зубов, вызванные кислотами в желудке или частой рвотой;
- 7) нарушения пищеварения (хронические нерегулярные дефекации и запоры, иногда возникающие из-за злоупотребления слабительными);
- 8) усталость и мышечная слабость (из-за чрезмерной физической нагрузки или электролитного дисбаланса);
- 9) риски, связанные с диабетимией, включая повреждение органов и периферическую невропатию» [Ulfvebrand, Birgegard, Norring, p. 294-299].

Шведские исследователи выявили, что у половины пациентов с булимией есть сопутствующее расстройство настроения и тревожные расстройства. Кроме того, у 1 из 10 пациентов с булимией есть сопутствующее расстройство, связанное со злоупотреблением психоактивными веществами [Ulfvebrand, Birgegard, Norring].

Компульсивное переедание характеризуется как потребление большего количества пищи, чем необходимо организму человека для выработки энергии. Компульсивное переедание без компенсаторного поведения (например, рвота, чрезмерная физическая нагрузка) приводит к избыточному весу и ожирению. То есть, люди, которые не могут саморегулировать свой прием пищи имеют шансов столкнуться с одним или несколькими из этих серьезных заболеваний:

- 1) «метаболический синдром;
- 2) болезни сердца;
- 3) инсульт;
- 4) диабет 2 типа;

- 5) некоторые виды рака;
- 6) нарушения сна» [Ulfvebrand, Birgegard, Norring, p. 294-299].

Кроме того, было выявлено, что у пациентов с компульсивным перееданием и ожирением риск возникновения депрессии повышен на 20 процентов. В частности, для лиц кавказской национальности, получивших высшее образование и страдающих ожирением, риск депрессии возрастает до 44 процентов. Согласно американским исследователями и врачами в области пищевого поведения, было подсчитано, что сложный набор определенных гормонов влияет и определяет сигналы голода и насыщения, а также то, как мы чувствуем, думаем и ведем себя в отношении пищи. Поэтому, вес человека и пищевое поведение, а именно компульсивное переедание в значительной степени определяются в том числе нейробиологией, а не только психосоциальными факторами. То есть, биологические и генетические факторы влияют на переедание у определенных групп населения. Так, например, более трети взрослых в США страдают ожирением и 17 процентов детей и подростков в возрасте от 2 до 19 лет также страдают ожирением на фоне переедания [Q and A: binge-eating disorders].

Избегающе-ограничительное расстройство приема пищи стало абсолютно новым диагнозом в ДСМ-5. По сравнению с ДСМ-4, данное расстройство заменяет «расстройство питания в младенчестве или раннем детстве». Теперь у избегающе-ограничительного расстройства приема пищи нет возрастных ограничений. Кроме того, оно отличается от нервной анорексии и нервной булимии тем, что у него отсутствует связь с нарушением образа тела. Точная причина формирования и возникновения такого расстройства неизвестна, но оно может иметь генетические и психосоциальные компоненты, а также включает в себя сложную и гетерогенную этиологию. Пациенты с данным расстройством могут в том числе не принимать пищу, потому что они боятся, что прием пищи приведет к вредным последствиям, а также из-за сенсорных характеристик, например, консистенции. В настоящий момент данные относительно прогноза и

профилактики данного расстройства отсутствуют. Однако, существуют общие рекомендации, которые помогут родителям установить надлежащие методы кормления младенцев и детей [Skodol, Bender, Oldham].

Считается, что точные причины возникновения какого-либо расстройства пищевого поведения не выявлены, поскольку механизмы формирования и протекания расстройств пищевого поведения сложны. Например, они связаны с нейроэндокринным механизмом, при котором существуют нарушения в образовании, количестве и передаче определенных нейротрансмиттеров (нужны для выполнения головным мозгом жизненно-необходимые функции), гормонов или нейропептидов (нужны для регуляций физиологических функций) и аминокислот, таких как гомоцистеин, а именно: серосодержащая аминокислота плазмы крови [Mehler, Crews, Weiner].

Кроме того, существуют и другие факторы, которые могут провоцировать расстройства пищевого поведения. Основными же факторами возникновения данного расстройства являются: целиакия (непереносимость глютена), генетические факторы и психологические факторы [Mehler, Crews, Weiner].

Поскольку люди, страдающие от какого-либо расстройства пищевого поведения, зачастую испытывают некий стыд от своих привычек в питании, симптоматика часто может быть скрыта. Специалисты в области клинической диетологии определили такие признаки и симптомы, как:

1. Постоянное потребление пищи, даже когда человек сыт.
2. Неспособность прекратить есть или контролировать съеденное.
3. Хранение пищи для потребления в одиночестве или тайне.
4. Нормальное и здоровое потребление пищи в присутствии других, но обжорство или голодание при уединении.

Кроме того, некоторые пациенты склонны через потребление пищи испытывать переживание стресса, тревожности или беспокойства, либо, наоборот, испытывать полное отсутствие ощущения во время еды и даже не

испытывать чувство насыщения, независимо от количества потребляемой пищи [Arakelyan].

Также были выделены наиболее распространенные симптомы и последствия от расстройств пищевого поведения: остеопороз; нарушение вкусовых рецепторов, а также инфекции полости рта; сердечная недостаточность; гипертония; диабет; задержка соли и воды в организме; дефицит различных витаминов; тревожные и депрессивные расстройства; проблемы с желудочно-кишечным трактом и другое [Mehler, Crews, Weiner].

Все вышеперечисленные физиологические, эмоциональные и поведенческие симптомы расстройств пищевого поведения влияют на все системы органов в организме: мозг, сердечно-сосудистая, эндокринная и желудочно-кишечная системы. Во-первых, организм разрушает свои собственные ткани, включая сердце, что приводит к нехватке энергии для прокачки крови по организму, снижению пульса, кровяного давления и увеличению риска сердечной недостаточности. Дисбаланс электролитов, вызванный рвотой, употреблением слабительного или чрезмерным потреблением воды, также может увеличить риск сердечной недостаточности. Во-вторых, недостаток жиров из-за неупорядоченного питания влияет на функции эндокринной системы, такие как выработка половых гормонов и гормонов щитовидной железы. По этой причине, например, женщины с какими-либо расстройствами пищевого поведения могут иметь нарушения в менструальном цикле или его потерю. Более того, недостаток жиров влияет на плотность костной ткани, скорость метаболизма и проблемы с регулированием основной температуры тела (что может привести к гипотермии). В-третьих, мозгу трудно функционировать, когда он не получает надлежащего и последовательного питания. Это приводит к трудностям с концентрацией внимания, сном или продолжительным сном, головокружению или обмороку. Упомянутые выше электролиты также используются для создания сигналов в мозге, что означает, что недоедание нарушает способность мозга эффективно взаимодействовать с организмом. Наконец, со

стороны желудочно-кишечного тракта, расстройства пищевого поведения влияют на опорожнение желудка и усвоение питательных веществ. Постоянная рвота может привести к износу пищевода, и, в последствии, к его разрыву, что опасно для жизни. Переедание также может быть опасным для жизни, поскольку это также может привести к разрыву желудка. В целом, при расстройствах пищевого поведения серьезно нарушаются все органы и функции желудочно-кишечного тракта, что может привести ко многим опасным для жизни заболеваниям и проблемам [Аграс].

Исходя из информации, представленной выше, известно, что само течение расстройств пищевого поведения многосложно, соответственно, и лечение такого расстройства затруднительно. На данный момент не существует ни единого пособия или рекомендаций к тому, как оказывать помощь пациентам с таким диагнозом. Специалисты в области психиатрии, психотерапии и клинической диетологии отмечают, что кроме медикаментозного, стационарного и амбулаторного лечения выделяют и иные инновационные методики, такие как: когнитивно-поведенческая терапия; диалектико-поведенческая терапия; терапия принятия и ответственности, йога и многое другое [Nagata, Murray].

Таким образом, исходя из всего вышеперечисленного можно сделать вывод о том, что понятие пищевого поведения в клинической области недостаточно изучено, поэтому до сих пор находится на пике изучения. Кроме того, на базе последних клинических испытаний, специалистам в данной области известно, что оказание помощи таким пациентам целесообразнее проводить не только в рамках медицинского лечения, но и с использованием методик и техник из областей психотерапии и психологии. Улучшение же результатов лечения требует сосредоточения внимания на ряде вопросов, которые заключаются в следующем. Во-первых, необходимо найти способы преодолеть серьезные препятствия на пути изучения результатов лечения расстройств пищевого поведения, включая проведение многоцентровых исследований и многокомпонентные пакеты лечения. Во-вторых, улучшение

результатов лечения может быть достигнуто за счет добавления новых компонентов к умеренно эффективным методам лечения, например, когнитивно-поведенческая терапия [Приленская, Приленский]. Кроме того, сочетание медикаментозного лечения и психотерапии/психологической помощи заслуживает дальнейшего изучения. Выявление методов лечения, которые могут быть применены к широкому спектру расстройств, может облегчить сложную задачу применения эффективных методов лечения.

1.2.3. ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН

Кроме биологических и клинических факторов формирования расстройств пищевого поведения, которые представлены в предыдущем разделе, существует и психологический.

Расстройство пищевого поведения в рамках психологического понятия можно охарактеризовать как «общий термин, используемый для обозначения всех различных компонентов поведения, участвующих в нормальном процессе приема пищи. Сюда входят такие подготовительные модели поведения, как поиск пищи, фактическое потребление пищи и большое число физиологических процессов, участвующих в утилизации того, что было съедено» [Оксфордский толковый словарь по психологии].

Эксперты считают, что различные факторы могут влиять на отношение к еде и на пищевое поведение в целом у человека. Эти факторы включают в себя указанные ранее (культурный, эволюционный, генетический, гормональный факторы), а также социальный, индивидуальный, экономический, родовой и, наконец, психологический. К психологическому фактору относятся такие аспекты, как: низкая самооценка; нарушение своей целостной самоидентичности; повышенная самокритичность; неуверенность в себе и своей привлекательности и многое другое.

Психология как прикладная наука рассматривает поведение человека. Она исследует то, как и почему люди делают то, что они делают. Поэтому, пищевое поведение человека зависит не только от биологических, нейроэндокринных и генетических факторов, но и от психологических свойств личности и индивидуальных особенностей.

Именно поэтому, для людей, имеющих проблемы с пищевыми привычками, психология затрагивает два аспекта: поведение и познание (мышление). Поведение в данном контексте включает в себя не только поиск разных способом изменить пищевые привычки, но и выявление новых моделей питания клиента. Познание же включает в себя своего рода терапию, которая фокусируется на выявлении саморазрушительных моделей мышления, которые способствуют определенным проблемам в питании.

В настоящий момент известно множество факторов, которые определяют и формируют пищевое поведение. Например, прием пищи может быть спровоцирован или продлен присутствием других людей, то есть на него влияют социальные факторы. Выбор продуктов питания и их потребление также сильно зависят от факторов окружающей среды (например, реклама, размер порций и т.д.). Как следствие, необходима саморегуляция приема пищи для того, чтобы обеспечивать организм как в качественном, так и в количественном отношении нужными питательными веществами. У многих людей есть навык саморегуляции в своем пищевом поведении, однако, некоторые демонстрируют чрезмерную регуляцию пищевого поведения, приводящую к недостаточному весу и недоеданию. С другой стороны, постоянные сбои в саморегуляции могут привести к избыточному весу и ожирению. Так, например, в большинстве случаев ожирение, которое не является расстройством пищевого поведения, является, соответственно, результатом неправильных привычек питания, а не навязчивых переизбытков. Однако, некоторые люди регулярно переизбытывают, что, в свою очередь, связано с выраженным дистрессом [Михайлова].

Так, например, компульсивное переедание за последнее десятилетие также стремительно развивается среди молодежи. Компульсивное переедание можно охарактеризовать как быстрым потреблением большого количества пищи. Это связано с потерей контроля и дистрессом. Согласно последним исследованиям, факторы окружающей среды, которые способствуют расстройству пищевого поведения, продолжают развиваться. К таким факторам стали относить экономическую нестабильность, отсутствие продовольственной безопасности (дефицит), стигматизация, межличностные факторы, социальные сети и многое другое. Проанализировав информацию по формированию компульсивного переедания, можно сделать вывод о том, что эксперты в данной области призывают к изменениям самой политики вокруг системных факторов, способствующих перееданию, а также к большему просвещению общественности о том, какой тип населения находится в группе риска. Существуют также и рекомендации по тому, что нужно учитывать сам жизненный опыт людей с расстройством пищевого поведения, чтобы лучше информировать текущее понимание течения и факторов окружающей среды, которые влияют на него [Bray B., Bray C., Bradley].

Кроме того, терапевтические подходы, снижающие личностную значимость внешних стимулов (запах, внешний вид еды и т.д.), могут иметь положительное влияние на людей с преимущественно экстернальным типом расстройств пищевого поведения, изменяя их ориентацию на внутренние физиологические ощущения, такие как чувства голода и сытости, и обучая их копинг-стратегиям для распознавания пищевых ситуаций в ответ на эти внешние стимулы. Например, использование в консультировании методов и техник когнитивно-поведенческого подхода позволяют повысить у клиента ощущение осознанного контроля в решении данной проблемной ситуации [Барыльник].

Для лиц с эмоциогенным типом расстройств пищевого поведения терапевтическая работа должна быть направлена на когнитивные и эмоциональные факторы, связанные непосредственно с приемом пищи. Это

позволяет повысить уровень осознания и понимания своего эмоционального состояния у клиента, что, в последствии, позволяет справляться с негативными переживаниями иными конструктивными способами [Захарова, Егоренко].

Наконец, у лиц с ограничительным типом расстройств пищевого поведения за счет постепенного снижения когнитивных ограничений в пищевом поведении можно скорректировать деструктивное желание соблюдать строгие диеты, которые оказывают негативное влияние качество жизни клиента [Вознесенская].

Таким образом, как в клиническом, так и в психологическом аспектах корректировка девиантного пищевого поведения – это комплексная работа. Такого рода проблемы решают и психологи, в которой задачей психолога-консультанта является помочь клиентам обнаружить, осознать, скорректировать и решить основные проблемы, которые обычно наблюдаются у клиентов с каким-либо нарушением пищевого поведения. Например, помочь клиенту наладить отношение с его негативным образом собственного тела.

Целью любого психологического консультирования прежде всего является помощь клиентам понять то, что окружает их в реальной жизни, а также помочь клиентам осознать, чего они хотят достичь, базируясь на осознанном выборе. Девиантное пищевое поведение ограничивает развитие личности. Поэтому, новые методики психологического консультирования такого рода проблем позволяют уменьшить их распространенность [Орлова].

То есть, важно включать в работу детальный анализ пищевого поведения, чтобы понять основе предикторы формирования данного непорядочного пищевого поведения. Основываясь на исследованиях, доказывающих большое количество факторов, коррекционные вмешательства необходимо адаптировать к каждому отдельному случаю, при этом это воздействие должно быть направлено на восстановление здорового пищевого поведения и улучшение качества жизни клиента.

Таким образом, исходя из всего вышеперечисленного, можно сделать вывод о том, что в современном мире все чаще люди стали подвергаться

огромным количеством факторов, оказывающие влияние на формирование пищевого поведения (традиции семьи, личностные особенности, религиозные и социальные убеждения, жизненный опыт, модное течение и т.д.), которые могут отрицательно влиять на образ жизни человека, что, в свою очередь, приводит к изменениям психического/психоэмоционального состояния и поведения человека. Нарушения в пищевых привычках, как следствие таких воздействий, мешают развитию и становлению на всех этапах личностного развития.

Именно поэтому не целесообразно сосредотачиваться на расстройствах пищевого поведения как отдельных аспектах. Необходимо иметь представление о питании и его психологических нарушениях на континууме от здорового питания до нарушений пищевого поведения. Так как пищевое поведение формируется не только под воздействием генов и окружающей среды в раннем детстве, но и от роли опыта или обучения (например, обучения на основе наблюдений).

1.3. НЕРВНАЯ ОРТОРЕКСИЯ: КЛИНИЧЕСКИЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ

Само понятие «нервная орторексия» сравнительно новое, молодое. Впервые этот термин был описан в 1997 году американским врачом S. Bratman как «выражение патологической одержимости, связанной с потреблением здоровой пищи» [Barthels, Barrada, Roncero, p. 14]. Термины «здоровая еда» и «нездоровая еда» весьма субъективны, например, в его книге под названием «Пристрастие к полезным продуктам: как преодолеть одержимость правильным питанием» он пришел к выводу, что пациент может избегать набор определенных продуктов, которые, по его мнению, нездоровые (консерванты, искусственные пищевые добавки и т.д.). Также на основе наблюдений, S. Bratman пришел к выводу, что люди с нервной орторексией имеют особые предпочтения в отношении продуктов, которые они едят и

которые избегают. Так, например, любые продукты промышленного происхождения могут помечаться людьми с нервной орторексией как «нездоровые», в то время как фрукты и овощи – «здоровые» [Bratman, Dunn].

В дополнение, людям с нервной орторексией свойственно испытывать чувства морального превосходства и самоутверждения над другими людьми по поводу своего «чистого» рациона питания, что, в последствии, может привести к социальной изоляции.

Кроме того, на основе опроса среди людей с нервной орторексией выделяются следующие симптомы нервной орторексии:

- 1) «неконтролируемая потребность проверять этикетки ингредиентов на продуктах;
- 2) беспокойство по поводу качества, приготовления и свежести пищи;
- 3) исключение определенных групп продуктов или ингредиентов;
- 4) связь между личной ценностью и качеством пищи (то есть, «ты хороший, если хорошо питаешься»);
- 5) избегание употребления продуктов, приготовленных другими людьми;
- 6) планирование питания для достижения совершенства;
- 7) обожествление знаменитостей в социальных сетях, которые правильно питаются;
- 8) критика выбора продуктов питания других людей;
- 9) перепады настроения в отношении вариантов питания, включая раздражительность, стыд и гнев по поводу съеденной пищи» [Koven, Abry, p. 385-394].

Согласно Американской Национальной Ассоциации расстройств пищевого поведения были выявлены негативные воздействия на организм из-за привычек питания, характерные для людей с нервной орторексией:

- 1) «гастропарез;
- 2) хронический запор;

- 3) замедленное сердцебиение и снижение артериального давления из-за ограничения калорийности;
- 4) снижение скорости метаболизма в состоянии покоя в результате попытки организма сохранить энергию;
- 5) сухая кожа, ломкие волосы;
- 6) нарушения менструального цикла;
- 7) лануго (рост тонких пушковых волос на теле) для сохранения тепла;
- 8) снижение выработки половых гормонов» [Eating disorder awareness and education].

Несмотря на распространенность тенденции к одержимости правильному питанию и ведению здоровому образу жизни, на данный момент нервная орторексия не включена в официальные классификации болезней, такие как МКБ-11 и АПА, а также диагностические критерии данного расстройства не разработаны должным образом [Mathieu]. Эти факторы значительно усложняют процесс лечения такого расстройства, а также не позволяют в полной мере получить данные о нервной орторексии. Отсутствие описательной и исследовательской базы является основной главной причиной того, что нервная орторексия в настоящее время не включена в международные классификации. Под базой описательных и исследовательских данных подразумеваются:

- 1) клинические описания;
- 2) лабораторные тесты;
- 3) доказательные различия с другими расстройствами;
- 4) долгосрочные исследования.

Согласно существующим этапам для включения диагноза в официальные классификации болезней необходимо опубликовать не менее 50 доказательных работ за 10 лет. Кроме того, должно быть проведено не менее 2 эмпирических исследований, а литература по данному расстройству должна содержать определенный набор диагностических критериев для его оценки.

Поэтому, феномен нервной орторексии на данный момент не соответствует практически ни одному из ни одному из вышеперечисленных критериев. Полное клиническое описание данного расстройства отсутствует в современных исследованиях. Таким образом, нервная орторексия является новым явлением в клинической и немедицинской психологии, поэтому исследования о данном феномене, безусловно, актуальны в наши дни [Диагностика в медицинской (клинической) психологии...].

Так, например, специалисты в области клинической психологии в своем исследовании выявили, что две трети респондентов (клинические психологи, психиатры) наблюдали в своей практике пациентов с клинически значимой орторексией. Также две трети клиницистов указали, что нервная орторексия заслуживает большего научного внимания, поскольку существующей базы недостаточно, ведь правильное диагностическое распознавание является предварительным шагом на пути к созданию инструментов для идентификации людей с нервной орторексией, и с этим будут достигнуты успехи в лечении данного расстройства [Abry, Koven].

На данный момент понятие определения нервной орторексии понятно и относительно едино среди специалистов в такой области. Под нервной орторексией можно понимать, как одно из непризнанных психических расстройств пищевого поведения или расстройств иного типа, при которых человек становится одержимым употреблением чистых, здоровых и правильных видов пищи для улучшения здоровья [Numan].

Если определение термина «нервная орторексия» относительно сформулировано, то в наши дни все еще не существует стандартных диагностических критериев для данного расстройства, а в последнее время разные исследователи используют разные опросники и методы для оценки наличия орторексических признаков. Например, одними из самых популярных диагностических опросников являются:

1. Римский опросник нервной орторексии (ORTO-15), данная шкала состоит из 15 вопросов, чтобы определить одержимость здоровым питанием у испытуемого.

2. Опросник нервной орторексии Брэтмена, данная шкала состоит из 10 вопросов, определяющий уровень наличия нервной орторексии у испытуемого [Меркулова].

Именно поэтому, многие исследователи в этой области поднимают вопросы о достоверности нервной орторексии как уникального расстройства. Также многие из них предпочитают описывать нервную орторексию как вариант существующего пищевого, тревожного, обсессивно-компульсивного расстройства или каких-либо неврозов.

Так, например, группа исследователей в области расстройств пищевого поведения выявили, что испытуемые, одержимые правильным питанием, имеют сходство с теми, у кого выявлена нервная анорексия и нервная булимия. Также наличие критерия «перфекционизм» выявлен у обеих групп. Это подтверждает, что нервная орторексия может являться частью категории расстройств пищевого поведения [Novara, Maggio, Mattioli].

Некоторые российские врачи также не могут назвать нервную орторексию вариантом обсессивно-компульсивного расстройства, невроза навязчивых состояний или ипохондрии. Поэтому, они предложили классифицировать нервную орторексию в качестве фактора риска нарушения пищевого поведения [Демецкая].

Другие же российские специалисты выявили, что нервную орторексию стоит понимать, как как психологический синдром, который может приобретать признаки клинических проявлений. Нервная орторексия, безусловно, имеет схожие параметры с ограничительным или избирательной пищевым поведением и обсессивно-компульсивным расстройством. Но, нервную орторексию нельзя приравнять с расстройством пищевого поведения типичного проявления, так как нервная орторексия не имеет именно такой существенной связи с отношением к компонентам собственного тела и не

имеет связи с нарушенным образом тела и попыткой похудеть, что характерно нервной анорексии [Фатеева].

Проанализировав иные работы российских специалистов, можно сделать вывод о том, что на формирование данного феномена может являться и фактор социальной среды, например, возраст, уровень образования, условия проживания, гендер и многое другое [Рынза].

Кроме того, было выявлено, что модные тенденции и течения к выбору или отказу от каких-либо продуктов также оказывают значительное влияние на людей любого возраста. Автор в своей работе приводил в пример о ложном, истинно недоказанном вреде сахара на организм человека. Эта тенденция сподвигла людей значительно уменьшить потребление сахара или вовсе отказаться от него. Такое ограничение у некоторых испытуемых в последствии привело и вовсе к отказу от других «вредных» продуктов. То есть, от отказа или ограничения каких-либо видов продуктов у людей может постепенно появляться навязчивое желание жестко ограничивать весь список потребляемых продуктов [Филипс].

Таким образом, исходя из всего вышеперечисленного, можно сделать вывод о том, что, несмотря на актуальность течения нервной орторексии среди людей разного возраста, а в особенности у молодежи – это малоизученное явление и в клиническом, и в психологическом проявлениях, которое требует большего рассмотрения и исследования. Проанализировав некоторое количество работ отечественных и зарубежных исследователей, становится ясно, что не существует единой методики диагностирования и лечения нервной орторексии. Так как до сих пор не изучено и не подведено никаких итогов по тому, является ли нервная орторексия новым уникальным расстройством, или это все-таки тип группы расстройств пищевого поведения, или каких-либо иных расстройств и проявлений (невроз, класс ипохондрии, вид обсессивно-компульсивного расстройства). Поэтому, все это не позволяет психологам-консультантам, психотерапевтам и психиатрам выстраивать

утвержденную схему терапии лечения и оказания психологической помощи людям, страдающим от расстройства нервной орторексии.

1.4. ОБРАЗ ТЕЛА И ЕГО СВЯЗЬ С ПИЩЕВЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

1.4.1. ПОНЯТИЕ И СОСТАВЛЯЮЩИЕ ОБРАЗА ТЕЛА

Для начала, стоит рассмотреть, что представляет из себя образ тела. Согласно Оксфордскому толковому словарю по психологии, под образом тела понимается «субъективный образ собственного тела, имеющийся у каждого человека, особенно в отношении оценочных суждений о том, как его воспринимают другие, и насколько он соответствует этим восприятиям» [Оксфордский толковый словарь по психологии]. То есть, образ тела – это ментальная картина тела, имеющая как перцептивные, так и аффективные компоненты, влияющая на то, как мы взаимодействуем со своим внешним видом, и то, как этот внешний вид представлен публично. В результате, восприятие образа собственного тела, имеет последствия для того, как мы выглядим и как мы относимся к себе.

Изначально, концепт образа тела был сформулирован в 1935 году немецким психологом P. Schilder в работе под названием «Образ и внешний вид человеческого тела». Согласно его монографии, образ тела можно представить, как картину нашего собственного тела, которую мы формируем в нашем сознании [Schilder]. Далее, в 1988 году это определение было расширено в качестве картины мира, которую мы имеем в нашем сознании о размере и форме тела, связанной с нашими чувствами относительно характеристик и составляющих частей этого тела [Brodie, Slade]. То есть, образ тела имеет два основных компонента: восприятие и отношение.

Более того, среди других основоположников-исследователей в области изучения образа тела следует упомянуть F. Shontz, который подчеркивал, что образ тела, прежде всего, не является психологической картиной в сознании

человека. Он считал, что образ тела лучше всего описывать, во-первых, с функций, которые оно выполняет, а, во-вторых, с уровней, на которых оно находится либо переживается. Методом анализа и синтеза работ F. Schontz можно сделать вывод о том, что образ тела можно рассматривать как многофакторный конструкт, у которого есть 4 уровня составляющих образа тела: «схема тела, телесное я, телесные представления и концепция тела» [Schontz, p. 51-84].

Выделяются 4 группы аспектов образа тела:

1. Восприятие – это то, как люди видят свое тело.
2. Аффективный – это то, как человек воспринимает и относится к своему телу и внешнему виду. Это также касается чувства удовлетворенности или неудовлетворенности по отношению к ним.
3. Когнитивный – это мысли и убеждения, которые человек имеет о своем теле или о том, как он думает о нем. Человек может думать о своем теле как в положительном, так и в отрицательном смысле.
4. Поведенческий – это те формы поведения, к которым человек прибегает из-за своего образа тела. Примерами этого являются неупорядоченное пищевое поведение, чрезмерная физическая активность, социальная изоляция и многое другое [Фадеева].

Кроме того, российский исследователь в области образа тела Н. А. Авдюнина в своей статье под названием «Образ тела как компонент самосознания в юношеском возрасте» выделила и другие его компоненты, такие как: внешнее тело, границы образа тела и полоролевая принадлежность.

Так, по ее мнению, под внешностью можно подразумевать такие признаки человека, как: функциональность, анатомичность и социальность, что отражает «сенсорную и чувственную составляющую» восприятия человека. Это означает, что восприятие собственной внешности имеет позитивные аспекты и характеризоваться по соответствующим критериям (например, реалистичность, гармоничность и т.д), а может иметь и негативные аспекты, например, искаженное восприятие собственного тела. Все это может

влиять на поведение человека, его положение в обществе и его самооценку. Например, было обнаружено, что люди со здоровым уровнем самооценки положительно характеризуют свое тело, что, в свою очередь, сопровождается и отношением к еде и физическим нагрузкам. Люди с негативным восприятием своего образа тела, как правило, испытывают неудовлетворенность своим телом. У них также наблюдается низкая самооценка. Более того, им свойственно испытывать чувство стыда, смущения и отвращения к своему телу или определенным его аспектам [Авдюнина, с. 194–197].

Граница образа тела, в свою очередь, формируется только во время физического контакта на протяжении всей жизни человека. Выделяют два типа таких границ: внешняя и внутренняя. Под внешней границей понимается представление своей поверхности тела, которая может проявляться в таких формах, как: осознаваемая, смутный образ и т.д. Внутренняя граница же возникает в рамках феноменологического подхода телесности. То есть, граница активности субъекта в физическом мире основан на балансе предсказуемости [Авдюнина].

Наконец, полоролевая принадлежность, которая подразумевает единство самосознания и поведения человека по отношению себя к женскому или мужскому полу. Так, например, было обнаружено, что существует связь между уровнем самооценки и полом. У женщин внешняя привлекательность является важным компонентом для формирования уровня самооценки, в то время как у мужчин, наоборот, самооценка не изменяется под влиянием внешней привлекательности [Авдюнина].

То есть, становится очевидно, что исследователи в данной области интересуются телом, поскольку оно связано с представлением себя. Независимо от того, анализируется ли тело с эстетической (что, в свою очередь, полезно для построения и формирования представления о своем образе тела) или с социально-психологической точки зрения (включающие в себя культурную категоризацию, статусные характеристики,

привлекательность, стигматизацию, тип телосложения, социальное сравнение, социальную идентичность и Я-концепцию), оно имеет большое значение как для индивидуумов, так и для членов группы.

Таким образом, исходя из всего вышеперечисленного, можно сделать вывод о том, что человеческое тело имеет сложное значение и играет важную роль в жизни каждого человека. Образ тела можно рассматривать в качестве многомерной конструкции, которая, в свою очередь, относится к субъективной оценке человеком своих физических характеристик и качеств. Образ тела относится к тому, как мы думаем, чувствуем и действуем по отношению к нашему телу. На широком уровне образ тела можно рассматривать через два основных компонента: восприятие и концепция тела. Первый – это внутренний визуальный образ формы тела и его размер, в то время как второй компонент относится к уровню его удовлетворенности. Кроме того, образ тела состоит из множества различных перцептивных, аффективных и поведенческих компонентов.

1.4.2. ФОРМИРОВАНИЕ ОБРАЗА ТЕЛА

Образ тела можно понимать, как расплывчатое ментальное представление о теле, на которое влияют и которое формируют 7 факторов, такие как:

1. Сенсорный: на протяжении всей жизни человек испытывает сенсорный опыт (зрительный, тактильный, кинестетический контакты) на форму, размер и внешний вид тела. Этот вид информации со временем может меняться и рассматриваться как «представление об образе тела».

2. Изменение веса: например, люди с диссоциацией, дисморфофобией или какими-либо расстройствами пищевого поведения, вероятнее, испытывают более частые колебания веса, от чего происходит ослабление адекватного и реалистичного восприятия своего образа тела [Иванов, Хохрина].

3. Культурные и социальные нормы: например, в эпоху Возрождения эталоном женской привлекательности являлись упитанные тела, в то время как в 2000-х годах была навязчивая мода на «анорексичные» тела. Все это способствует обострению индивидуального отношения к «идеальному» размеру и форме тела в отдельных группах общества или определенных временных промежутках [Баранов].

4. Субъективное отношение к собственному телу: помимо культурно-социальных норм, у людей также может развиваться личное отношение к размеру и форме тела, как своего, так и чужого. Например, согласно статистике, девочки в западном обществе гораздо больше озабочены соблюдением предписания худощавого тела, особенно это касается определенных групп, таких как балерины или гимнастки, в отличие от девочек на востоке [Еремина].

5. Когнитивные и аффективные переменные: ожидания, например, воспринимаемое потребление калорий, влияют на суждения и восприятия о размерах тела. Например, люди с нервной анорексией обычно считают себя толще, чем они есть на самом деле [Gardner, Moncrieff].

6. Индивидуальные психопатологии обычно влияют на восприятие образа тела под влиянием, описанных выше переменных: различные психические расстройства, культурно-социальные нормы и т.д.

7. Биологические переменные также оказывают огромное влияние на личностный образ тела с точки зрения его обыденного проявления. Например, в 1990 году американские психологи выявили взаимосвязь между менструальным циклом и образом тела у женщин [Altabe, Thompson].

Кроме того, существуют 3 взаимосвязанных компонента, которые могут влиять на друг друга и на формирование образа тела в юном возрасте, которые связаны с развитием и изменением

- 1) «структуры тела;
- 2) Я-концепции;

3) половой идентичности или принадлежности» [Дорожевец, Соколова, с. 39–49]. Поэтому, нарушения в каком-либо компоненте формирования образа собственного тела и самовосприятия могут повлиять на полноценное становление и развитие личности. Кроме того, формирование искаженного образа тела влечет за собой неудовлетворенность собственным телом, что, в свою очередь, может иметь негативный характер для жизни человека. Например, это может привести к возникновению тревожности, что, в свою очередь, и приводит к негативным психологическим последствиям, например, стресс. В результате чего становится ясно, что образ тела является одним из самых важных компонентов личности, поскольку он взаимосвязан с остальными составляющими и качествами личности, а также может систематически варьироваться в зависимости от факторов окружающей среды, которые могут определяться по различным признакам.

Таким образом, исходя из всего вышеперечисленного, можно сделать вывод о том, что сам образ тела у человека формируется еще в онтогенезе, а формирование содержание образа тела у человека можно охарактеризовать как многогранный процесс. Поскольку существует некоторый ряд факторов, оказывающие влияние на восприятие своего тела: от биологических до социальных. Это связано с тем, что человек обладает уникальной способностью формировать абстрактные представления о себе и смотреть на себя одновременно как на видящего и как на видимый объект. Образ тела учитывает физический облик и может включать функции тела или другие его особенности. Он также связан с внутренними ощущениями и играет ключевую роль в самооценке человека. Специфические изменения восприятия и концепции тела могут приводить к различным состояниям, таким как переоценка собственных размеров тела, негативные чувства и мысли по отношению к своему телу и многое другое. Кроме того, самоощущение физической неполноценности может сильно повлиять на все сферы жизни человека, что, в последствии, приводит к избеганию, например, от социальной активности, или неудовлетворенность телом может быть связана с целым

рядом других психических заболеваний или психоэмоциональных/психосоциальных состояний, что может, например, привести к расстройствам пищевого поведения. Подробнее об этом будет описано в следующем пункте.

1.4.3. СВЯЗЬ ОБРАЗА ТЕЛА И ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

На данный момент психологи интересуются образом тела в первую очередь для того, чтобы определить, соответствует ли поддерживаемый образ действительности. Сильно искаженный или неуместный образ тела характеризует ряд психических и психологических нарушений. Например, при нервной анорексии сильно искаженный образ тела является классическим симптомом и основным диагностическим критерием.

На исследования по образу тела большое влияние оказали прикладные клинические проблемы, которые включают в себя 3 основных направления. Первая и наиболее известная область – это область специфических неврологических расстройств, при которых пациенты демонстрируют ложное восприятие собственного тела. Примером этого могут послужить синдромы пренебрежения, при которых пациенты не могут распознать гемиплегию (паралич) или реагируют на часть своего тела, как будто ее не существует. Вторая клиническая область связана с беспокойством об образе тела, которое рассматривается как бредовые восприятия (дисморфофобия). Третья область — это искажение образа тела, наблюдаемое у людей либо с расстройством пищевого поведения, либо с нарушением веса, например, ожирение. [Cumming].

Во всех этих областях неправильное восприятие размера и формы своего тела является главной проблемой. Одним из результатов такого объединения проблем из разных областей является усиление представления о том, что образ тела является в первую очередь перцептивным феноменом. То есть, образ тела — это не только феномен восприятия, но и суждения об образе своего или

чужого тела, на которые сильно влияют когнитивные, аффективные, поведенческие и другие переменные.

Самые первые наблюдения в области взаимосвязи образа тела и пищевого поведения были сделаны в начале 60-х годов. Так, например, в своих работах американский психиатр Н. Bruch описывала свой опыт работы с людьми, имеющих нервную анорексию. Она была поражена непреклонным отношением ее истощенных пациентов с анорексией к тому, что их тела «толстые», и пришла к выводу, что это центральный и диагностический признак. Более того, она утверждала, что это искаженное изображение тела было «нарушением бредовых пропорций», подразумевая, что оно было фиксированным и устойчивым к прямым попыткам модификации тела [Bruch, p. 187-194].

Кроме того, в конце 20-го века было проведено несколько исследований, в которых изучалось влияние вербальных инструкций на суждения о точности образа тела. Во всех этих исследованиях использовались экспериментальные процедуры и сравнивались оценки образа тела при расстройстве пищевого поведения по 2 переменным: когнитивная – суждения в соответствии с тем, как испытуемые думают, как они выглядят и аффективная – суждения в соответствии с тем, как испытуемые чувствуют, как они выглядят. Результатами таких исследований является то, что испытуемые с расстройством пищевого поведения демонстрируют значительно большую переоценку размера и формы тела в ответ на аффективные переменные по сравнению с когнитивными [Beumont, Collins, Touyz].

Более того, недавними результатами исследований по вопросам связи образа тела и расстройств пищевого поведения являются то, что женщины с нарушениями пищевых привычек, как правило, имеют больше сопутствующих медицинских и психиатрических заболеваний, а также семейную историю психических заболеваний, чем демографически соответствующие здоровые женщины. Одним из важных выводов является то, что удовлетворенность своим телом существенно не отличается между

женщинами с обнаруженными расстройствами пищевого поведения и женщинами без. Другими словами, психически здоровые женщины испытывают такую же неудовлетворенность своим телом, как и женщины с расстройствами пищевого поведения [Fernandez, Probst, Meermann].

Некоторые же исследования в этой области выявили увеличение неудовлетворенности своим телом в неклинических случаях, особенно у молодых женщин, но также у мужчин и детей. Более того, вмешательства, направленные на снижение неудовлетворенности своим телом в неклинических случаях, привлекли огромное внимание среди исследователей к этой возникающей проблеме, поскольку образ тела является наиболее важным показателем неупорядоченного пищевого поведения [Grogan].

Кроме того, долгое время считалось, что проблемы с едой и телом более распространены на Западе из-за большей идеализации худобы, однако недавние исследования доказывают обратное. Например, было обнаружено, что проблемы с образом тела также распространены в не западных странах. Исследование показало, что общий балл в опроснике изучения расстройств пищевого поведения (EDE-Q) и дополнительные шкалы в высокой степени коррелировали с тестом отношения к еде и опросником неудовлетворенности образом собственного тела. Это указывает на то, что образ тела является важной частью патологии расстройств пищевого поведения [Polat, Ikiz, Yucel].

Как упоминалось ранее, образ тела является многомерной переменной, поэтому способ его измерения может привести к другим важным результатам. Тем не менее, при рассмотрении в качестве категориальной переменной, фактические оценки более распространены у испытуемых с расстройствами пищевого поведения, чем у психически здоровых людей. Таким образом, искажение образа тела может являться критерием диагностики расстройств пищевого поведения, так как люди с расстройствами пищевого поведения, в особенности с нервной анорексией, серьезно переоценивают свой вес [Bell, Rushforth].

Однако, существуют и иные доказательства, доказывающие этому противоречие. С другой стороны, недооценка размера тела также может быть защитным фактором для здоровых женщин. Как отмечается в теории Бека, люди без психических отклонений склонны воспринимать ситуации более позитивно, чем они есть на самом деле, в то время как депрессивные люди имеют более реалистичное восприятие. Это смещение в восприятии называется «депрессивным реализмом», что защищает психически здоровых людей от симптомов депрессии. Поэтому можно также предположить, что искажение образа тела у психически здоровых женщин может защитить их от неупорядоченного пищевого поведения в отличие от женщин с расстройствами пищевого поведения, у которых более реалистичное восприятие тела [Beck, 1991].

Кроме того, существует связь между средствами массовой информации, образом тела и пищевым поведением. Например, зарубежные исследования показали, что воздействие средств массовой информации связано с проблемами восприятия образа тела и расстройствами пищевого поведения (например, нервной анорексией) прямо или косвенно. Современное понимание трехсторонних отношений (СМИ, образ тела, пищевое поведение) в значительной степени связано с эпохой массовых коммуникаций [Holland, Tiggemann].

Наконец, было обнаружено несколько положительных корреляций между исследуемыми переменными. Они показывают, что по мере увеличения неудовлетворенности своим телом, нарушения образа тела и ИМТ, симптомы расстройства пищевого поведения также усиливаются. То есть, предиктором неупорядоченного пищевого поведения была неудовлетворенность телом, тогда как искажение образа тела не предсказывало неупорядоченное питание [Stice, Gau, Rohde].

Эти результаты согласуются и с другими исследованиями, которые доказали, неудовлетворенность своим телом является важными предикторами нарушения питания как в клинических, так и в неклинических случаях.

Иными словами, что нездоровое пищевое поведение и неудовлетворенность своим телом довольно часто встречаются у женщин. Неудовлетворенность своим телом является важным предиктором проблем с питанием и так же распространена у здоровых людей, как и у людей с расстройствами пищевого поведения. Таким образом, осознание неудовлетворенности телом, неупорядоченного пищевого поведения и лежащих в основе когнитивно-аффективных факторов может быть важным для дальнейших исследований в данной области.

Методом анализа и синтеза этих работ известно, что люди с нарушениями в пищевых привычках имеют более ложные представления о своем образе тела по сравнению с людьми, у которых какие-либо нарушения пищевого поведения отсутствуют. То есть, люди с расстройствами пищевого поведения не имеют неумолимо искаженных образов тела, а скорее имеют неопределенные, неустойчивые и слабые образы тела.

Таким образом, исходя из всего вышеперечисленного, можно сделать вывод о том, что отрицательный образ тела может привести к нездоровому и пищевому поведению. Это происходит потому, что наши мысли напрямую влияют на наши эмоциональные переживания, включая наши телесные ощущения, побуждения и поведение. Негативные суждения о теле часто предшествуют таким видам поведения, как: диеты, ограничения или, наоборот, переедания. Также стоит отметить, что неудовлетворенность телом является одной из наиболее распространенных причин возникновения расстройств пищевого поведения.

ВЫВОДЫ ПО ПЕРВОЙ ГЛАВЕ

В первом разделе данной главы была описана психологическая проблематика отношения к еде у молодежи. Проанализировав статьи и данные из популярных средств массовой информации можно сделать вывод о том, что за последнее десятилетие многократно увеличился спрос на потребление здоровых продуктов питания, таких как ягоды годжи, продукты без красителей и консервантов и многое другое, что, безусловно, приобрело в формировании новой модной тенденции на здоровый и правильный образ жизни. Такой культ несет за собой и негативные последствия в виде невротической одержимости к ЗОЖ. Согласно статистике, приведенной в этом разделе, известно, что увеличилось количество обращений к психологам по этому поводу. Следовательно, у психологов-консультантов и других специалистов в области пищевого поведения возникла проблема понимания того, где находится та тонкая грань, в которой желание правильно питаться, заниматься спортом и следить за своим здоровьем перетекает в невротическую патологию, а именно в нервную орторексию.

Далее, проанализировав статьи отечественных и зарубежных специалистов, занимающихся вопросами пищевого поведения, на основе которых можно сделать общий вывод о том, что под пищевым поведением понимается мотивы и процессы, связанные с определенными пищевыми привычками. Были выделены теории для объяснения различий в психологии пищевого поведения среди людей: эволюционные, биологические, социокультурные и личностные. Кроме того, известно, что существуют два типа пищевого поведения: здоровый и нездоровый. Например, здоровое пищевое поведение с биологической точки зрения связано с правильной активацией гипоталамуса и регулированием гормонов, таких как грелин и лептин (для эффективного осуществления эндокринных и метаболических функций в организме человека). Нездоровое пищевое поведение, как правило, связано с каким-либо расстройством пищевого поведения (нервная

анорексия, булимия и т.д.) и проблемы, связанные с питанием (ожирение). Предикторами таких нарушений могут являться такие факторы, как: нерегулярная активность нейротрансмиттеров, наследование генов, нарушение передачи сигналов лептина и неадаптивных психологических моделей питания, неблагополучные семьи, социальные и религиозные убеждения, иррациональные мысли, и многое другое. Наконец, традиционно принято выделять 3 основных типа нарушений пищевого поведения: экстернальный тип (прием пищи в ответ на внешние стимулы, такие как запах, внешний вид и т.д.), ограничительный тип (сознательные усилия по контролю потребления пищи с целью похудения) и эмоциогенный тип (прием пищи как удовлетворение эмоциональных потребностей: при стрессе или во время переживания других негативных эмоций).

В третьем разделе первой главы на основе научной литературы отечественных и зарубежных психологов, психотерапевтов и психиатров, можно сделать общий вывод о том, что нервная орторексия относится к патологической фиксации на здоровом потреблении пищи. То есть, этот термин можно использовать для описания группы людей с избегающим или ограничительным поведением, поскольку нервная орторексия, по своей сути, и является ограничением в контексте выбора определенных продуктов питания, маркированных как «правильные» и «здоровые». Кроме того, нервная орторексия на поведенческом уровне гораздо реже мотивирована желанием быть худее, по сравнению с нервной анорексией или нервной булимией. Например, в отличие от людей с нервной анорексией, которые озабочены количеством потребляемой пищи, люди с нервной орторексией же озабочены ее качеством. Несмотря на распространенность этого феномена, что, в свою очередь, вызвало беспокойство у клиницистов, статус нервной орторексии до сих пор официально не определен из-за недостаточных описательных и исследовательских доказательных работ. Поэтому, существует острая необходимость в дальнейших исследованиях для выяснения содержания нервной орторексии и ее последствий на организм и

качество жизни человека, а также определения ее места не только в классификаторах психических расстройств, но и в психической организации современного человека.

Наконец, исходя из данных, написанных в последнем разделе, известно, что образ тела в психологии – это то, как человек ощущает и видит свое тело. Это может относиться к форме тела, размеру, чертам лица, внешности или любым физическим характеристикам. Медицинский термин используется в контексте описания когнитивного восприятия пациентом собственного тела. Образ тела может быть как негативным, так и позитивным. Негативный образ тела используется для обсуждения различных патологий и расстройств, таких как: расстройства пищевого поведения, дисморфическое расстройство тела, расстройство идентичности целостности тела, расстройство узнаваемости тела, одностороннее пренебрежение и другие психопатологии. Кроме того, специалисты отмечают, что не только психические расстройства являются предикторами нарушения здорового типа образа тела, но и влияние современных средств массовой информации, в том числе из фильмов, сериалов, телевидения и интернет-блогов.

На основе вышеизложенных фактов можно сделать вывод о том, согласно имеющиеся в настоящее время литературе, нервная орторексия отличается от других расстройств пищевого поведения отсутствием особого беспокойства о телесных компонентах, таких как определенные части тела, общий внешний вид и другое. Именно поэтому необходимы дальнейшие исследования о взаимосвязи между нервной орторексией и сонографически-распознанными полями, чтобы лучше понять взаимосвязь между здоровым питанием, патологически здоровым питанием и развитием расстройств пищевого поведения.

Образ тела же имеет важное значение и роль в жизненном опыте каждого современного человека. Неудовлетворенность образом тела может быть связана с целым рядом других психических заболеваний и психосоциальных условий, но практически ни в одном исследовании не

изучалась конструкция образа тела и его компонентах при нервной орторексии. Именно поэтому, до сих пор неясно, зависит ли образ тела при нервной орторексии от его измененного восприятия тела или концепции тела. Кроме того, связь между образом тела и неупорядоченным пищевым поведением все еще нуждается в выяснении. Дальнейшие исследования, касающиеся связи образа тела с нервной орторексией, могут быть полезны для лучшего понимания значимости образа тела как трансдиагностического фактора и его потенциальной ценности в качестве медицинских и психологических вмешательств.

В следующей главе будет показано, как все вышеперечисленные теоретические знания будут реализовываться на практике.

ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ О ВЫЯВЛЕНИИ СВЯЗИ ОБРАЗА ТЕЛА И НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У МОЛОДЕЖИ (НА ПРИМЕРЕ НЕРВНОЙ ОРТОРЕКСИИ)

2.1. ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Организация исследования: данное исследование проводилось в период с 12 сентября 2021 по 24 мая 2023.

Эмпирическая цель исследования: эмпирически выявить какова связь образа тела и нервной орторексией у молодежи.

Эмпирическими задачами являются:

1. Подобрать определенный ряд методик, подходящий для проведения данного исследования.
2. Определить выборку испытуемых.
3. Провести исследование и обработать результаты.
4. С помощью метода синтеза и анализа проинтерпретировать результаты исследования и сделать общие выводы.

Эмпирические гипотезы:

1. Существуют значимые различия неудовлетворенности образом своего тела у людей с выраженной и отсутствующей нервной орторексией.
2. Существует связь между генерализованным образом собственного тела и степенью выраженности нервной орторексии.
3. Связь между компонентами образа тела, не связанными напрямую с телосложением (лицо, внешний облик, выразительное поведение), и степенью выраженности нервной орторексии отсутствует.
4. Существует связь между степенью выраженности нервной орторексии и ограничительным типом расстройств пищевого поведения.

Независимая переменная: нервная орторексия (наличие/отсутствие; степень выраженности).

Зависимая переменная: образ тела, тип пищевого поведения.

Контролируемые переменные: возраст.

Характеристика выборки: в данном исследовании приняли участие 345 человек в возрасте от 18 до 35 лет, из которых 46 респондентов мужского пола и 299 респондентов женского пола.

Методы исследования: респондентам было предложено заполнить анкету в онлайн-формате (GOOGLE FORMS). В содержании анкеты были использованы следующие **методики:**

1. Опросник нервной орторексии С. Бретмена, направленный на выявление предварительной диагностики нервной орторексии. Методика состоит из 10 вопросов, на которые респондентам нужно было ответить «Да» или «Нет», представленный в Приложении 1.

2. Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ) Т. Стриена, направленный на выявление предварительной диагностики нарушений пищевого поведения по таким признакам, как: ограничительный, эмоциональный и экстернальный. Методика состоит из 33 утверждений, которые респондентам нужно было оценить по следующим критериям: «Никогда», «Редко», «Иногда», «Часто», «Очень часто». Вопросы с 1 по 10 определяют ограничительный тип РПП. Вопросы с 11 по 23 определяют эмоцио/нальный тип РПП. Вопросы с 24 по 33 определяют экстернальный тип РПП, представленный в Приложении 2.

3. Опросник образа собственного тела О. А. Скугаревской и С. В. Сивухи, направленный на выявление предварительной диагностики недовольства собственным телом. Методика состоит из 16 утверждений, которые респондентам нужно было оценить по следующим критериям: «Никогда», «Иногда», «Часто», «Всегда», представленный в Приложении 3.

4. Опросник «Оценочно-содержательная интерпретация компонентов внешнего облика» Е. В. Белугиной и В. А. Лабунской, направленный на выявление предварительной диагностики образа тела, который включает в себя разделы, фиксирующие оценку статических, среднединамических и динамических характеристик. Методика состоит из 5

блоков (оценка своего лица, тела и телосложения, внешнего облика, выразительного поведения и утверждений), в сумме которых 61 утверждение, которые респондентам нужно было оценить по шкале от 1 до 10, представленный в Приложении 4.

Методы обработки результатов: полученные данные из собранной анкеты, во-первых, были занесены в таблицу Microsoft Excel, во-вторых, была произведена проверка нормальности распределения выборки по непараметрическому критерию Колмогорова-Смирнова, далее, был произведен *корреляционный анализ* (rs Спирмена), который используется для выявления статистической значимой связи исследуемых явлений (а именно: связь образа тела и нарушений пищевого поведения (на примере нервной орторексии)), наконец, был произведен *сравнительный анализ* (U Манна-Уитни), который используется для сравнения 2 независимых выборок по уровню признака (а именно: низкий и высокий уровни нервной орторексии). Данные анализы были произведены с использованием статистического пакета для общественных наук (SPSS версии 19.0. для Windows), что, в свою очередь, позволило выявить наличие связей между полученными данными и статистически проверить/опровергнуть ранее выдвинутые эмпирические гипотезы.

2.2. ОБРАБОТКА И ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.2.1. КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ

В данной работе для начала необходимо проверить данные на нормальность распределения выборки. Результаты расчетов по критерию Колмогорова-Смирнова приведены в таблице 1. Если асимптотическая значимость больше, чем 0,05 — распределение соответствует нормальному критерию распределению выборки ($p > 0,05$). Если меньше или равно 0,05 — то не соответствует нормальному распределению выборки ($p < 0,05$).

Проверка нормальности распределения выборки по критерию
Колмогорова-Смирнова

Параметры		Нервная орторекия	Экстернальный тип РПП	Эмоциональный тип РПП	Ограничительный тип РПП	Образ собственного тела	Образ лица	Образ тела и телосложения	Образ внешнего облика	Образ выразительного поведения	Суждения
Параметры нормального распределения	Среднее	5,82	3,23	3,01	3,72	29,78	2,7	2,44	2,79	2,62	2,5
	Средн екв. отклон ение	2,93	0,78	1,23	1,17	13,30	1,19	1,17	1,19	1,15	1,30
Наибольшие экстремальные расхождения	Абсолютная	0,11	0,04	0,07	0,15	0,12	0,07	0,11	0,07	0,08	0,12
	Положительные	0,08	0,04	0,07	0,13	0,08	0,07	0,08	0,07	0,08	0,11
	Отрицательные	-0,11	-0,04	-0,07	-0,15	-0,12	-0,07	-0,11	-0,06	-0,08	-0,12
Статистика критерия		0,11	0,04	0,07	0,15	0,12	0,07	0,11	0,07	0,08	0,12
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)		0,00	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Из таблицы 1 становится ясно, что практически все показатели (за исключением показателя «Экстернальный тип РПП») имеют распределение достоверно отличающееся от нормального ($p > 0,05$), что, в свою очередь, указывает на необходимость использования непараметрического критерия ранговой корреляции Спирмена.

В таблице 2 представлены результаты проведенного корреляционного анализа показателей образа тела и показателей расстройств пищевого поведения, в ходе которого были выявлены статистически значимые взаимосвязи.

Результаты корреляционного анализа образа тела, нервной орторексии и типов расстройств пищевого поведения (rs Спирмена)

Показатели	Нервная орторексия	Экстернальный тип РПП	Эмоциогенный тип РПП	Ограничительный тип РПП	Образ собственного тела	Образ лица	Образ тела и телосложения	Образ внешнего облика	Образ выразительного поведения
Нервная орторексия	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Экстернальный тип РПП	0,092	-	-	-	-	-	-	-	-
Эмоциогенный тип РПП	0,45**	0,49**	-	-	-	-	-	-	-
Ограничительный тип РПП	0,71**	0,07	0,39**	-	-	-	-	-	-
Образ собственного тела	0,62**	0,22**	0,51**	0,57**	-	-	-	-	-
Образ лица	-0,41**	-0,11*	-0,35**	-0,34**	-0,69**	-	-	-	-
Образ тела и телосложения	-0,49**	0,15**	-0,39**	-0,42**	-0,76**	0,76**	-	-	-
Образ внешнего облика	-0,33**	-0,06	-0,27**	-0,25**	-0,59**	0,79**	0,69**	-	-
Образ выразительного поведения	-0,42**	-0,06	-0,33**	-0,36**	-0,66**	0,79**	0,74**	0,78**	-
Суждения	-0,43**	-0,05	-0,33**	-0,39**	-0,72**	0,73**	0,79**	0,73**	0,73**

Примечание: ** $p \leq 0,01$

В ходе проведенного корреляционного анализа была выявлена средняя прямая взаимосвязь между показателем «Образ собственного тела» и показателем «Нервная орторексия» ($r_s = 0,62$ при $p \leq 0,01$). Данная взаимосвязь свидетельствует о том, что при выраженной озабоченности собственным внешним видом, чувство вины и стыда за свой облик и избегание ситуаций, связанных с необходимостью акцентирования внимания на своем теле, наблюдается более выраженная озабоченность здоровым питанием. Можно предположить, что дисфункциональное восприятие собственного тела с акцентированием внимания на его несовершенствах стимулируют человека

использовать различные средства по его улучшению, в том числе потреблять исключительно здоровую и правильную пищу, приготовленную определенным образом с соблюдением необходимых технологий.

Показатели «Образ тела и телосложения» ($r_s = -0,49$ при $p \leq 0,01$), «Суждения» ($r_s = -0,43$ при $p \leq 0,01$), «Образ выразительного поведения» ($r_s = -0,42$ при $p \leq 0,01$), «Образ лица» ($r_s = -0,41$ при $p \leq 0,01$), а также «Образ внешнего облика» ($r_s = -0,33$ при $p \leq 0,01$) имеют также умеренные обратные взаимосвязи с показателем «Нервная орторексия». Данные взаимосвязи позволяют увидеть более детально структуру неудовлетворенности физическим аспектом собственного «Я» у лиц с выраженной нервной орторексией. Так, не ограничиваясь исключительно образом тела и телосложения, отмечается более выраженное недовольство и своим лицом, восприятие его как непривлекательного, нездорового, некрасивого при более выраженной нервной орторексии. Повышение неудовлетворенности и различными атрибутами внешнего облика, как например, одеждой, прической, макияжем, украшениями, также наблюдается при возрастании навязчивой озабоченности правильным питанием.

Кроме того, при выраженной неудовлетворенностью своим выразительным поведением отмечается и более высокий уровень нервной орторексии, что проявляется в оценке своей походки, жестов, мимики, взглядов, как **отталкивающих, невыразительных, непривлекательных**.

Наконец, убежденность в рассогласовании своего внешнего облика с гендерной, социальной ролью и более выраженное стремление к избеганию любых упоминаний и фокусирования внимания на внешности сопровождается при выраженной озабоченности правильным питанием.

Данные взаимосвязи указывают на то, что неудовлетворенность собственным внешним видом при выраженной нервной орторексии имеет генерализованный характер, распространяясь от собственно характеристик телосложения, потенциально вызвавших навязчивый характер здорового питания, до особенностей собственного лица, атрибутов внешнего облика и

динамических характеристик визуального невербального поведения. Недовольство собственным обликом имеет не только эмоциональный характер, выражающийся в недовольстве и приписыванию своему внешнему облику характеристик, имеющих негативную коннотацию, но и поведенческий, выражающийся в прямом избегающем поведении, а именно: избегание просмотров фотографий, фильмов со своим участием, избегание смотреть на себя в отражающие поверхности, слышать комплименты о себе и своей внешности. Помимо поведенческого избегания отмечаются и когнитивное неудовлетворение своим обликом в виде субъективной убежденности в несоответствии своего внешнего вида тем моделям ролевого поведения, которые реализует человек, а именно: гендерная и социальная.

Помимо связей с нервной орторексией, отмечены взаимосвязи удовлетворенности образом своего тела и выраженностью различных типов расстройств пищевого поведения. Так, были выявлены прямые средние взаимосвязи между показателем «Образ собственного тела» и выраженностью между показателями «Ограничительный тип РПП» ($r_s = 0,57$, при $p \leq 0,01$), «Эмоциогенный тип РПП» ($r_s = 0,51$, при $p \leq 0,01$), а также слабая взаимосвязь с выраженностью между показателем «Экстернальный тип РПП» ($r_s = 0,22$, при $p \leq 0,01$). Данные взаимосвязи указывают на то, что выраженная озабоченность собственным внешним видом, чувство вины и стыда за свой облик, избегание ситуаций, связанных с необходимостью акцентирования внимания на своем теле сопутствуют наличию у лиц выраженной склонности к употреблению пищи в ответ на эмоциональные триггеры, тенденцию ограничивать питание с целью похудения или предотвращения набора массы тела, а также, в меньшей степени, повышенную чувствительность к внешним стимулам пищи.

Также, были выявлены умеренные обратные взаимосвязи выраженности между показателями «Образ тела и телосложения» ($r_s = -0,39$, при $p \leq 0,01$), «Образ лица» ($r_s = -0,35$, при $p \leq 0,01$), «Образ выразительного поведения», ($r_s = -0,33$, при $p \leq 0,01$), «Суждения» ($r_s = -0,33$, при $p \leq 0,01$), а также

слабая взаимосвязь с показателем «Образ внешнего облика» ($r_s = -0,27$, при $p \leq 0,01$) с показателем «Эмоциогенный тип РПП».

Были выявлены умеренные обратные взаимосвязи выраженности между показателями «Образ тела и телосложения» ($r_s = -0,42$, при $p \leq 0,01$), «Суждения» ($r_s = -0,39$, при $p \leq 0,01$), «Образ выразительного поведения», ($r_s = -0,36$, при $p \leq 0,01$), «Образ лица» ($r_s = -0,34$, при $p \leq 0,01$), а также слабая взаимосвязь с показателем «Образ внешнего облика» ($r_s = -0,25$, при $p \leq 0,01$) с показателем «Эмоциогенный тип РПП».

Данные взаимосвязи указывают на то, что при комплексной неудовлетворённостью собственным обликом, в том числе неудовлетворенность своим лицом, телом и телосложением, различными атрибутами внешнего облика, динамическими характеристиками невербального поведения, а также убежденностью в несоответствии своего внешнего облика реализуемым ролевым моделям поведения и своему возрасту наблюдается склонность к употреблению пищи в ответ на эмоциональные триггеры, а не на ощущение истинного чувства голода, при выраженной тенденции ограничивать питание с целью похудения или предотвращения набора массы тела, наблюдается комплексная неудовлетворенность образом собственного тела.

Как и при нервной орторексии, наблюдается генерализованный характер неудовлетворенности собой при высокой выраженности ограничительного и эмоционального расстройств пищевого поведения. В случае с ограничительным типом пищевого поведения, неудовлетворенность собственным внешним видом образует замкнутый круг, где соблюдение строгой диеты провоцирует приступы переедания, которые ведут к субъективному ощущению себя толстым и не привлекательным, что в свою очередь, снова провоцирует реализацию ограничительного пищевого поведения.

Взаимосвязь неудовлетворенности собственным обликом и эмоциональным расстройством пищевого поведения также является понятной,

учитывая то, что лица, склонные к эмоциональному перееданию, употребляют значительно большее количество сладкой и жирной высококалорийной пищи, чаще перекусывают между приемами пищи, что влечет за собой увеличение массы тела и возрастание неудовлетворенности собой. Неудовлетворенность же способствует развитию негативных переживаний, что, закономерно, стимулирует повторное употребление пищи даже при отсутствии физического голода [Скугаревский].

Также были выявлены слабые обратные взаимосвязи между показателями «Образ тела и телосложения» ($r_s = -0,15$, при $p \leq 0,01$) «Образ лица» ($r_s = -0,11$, при $p \leq 0,01$) и показателем «Экстернальный тип РПП». Данные взаимосвязи указывают на то, что есть некоторая связь между повышенной чувствительностью к внешним стимулам потребления пищи и восприятием облика своего лица, своего тела и телосложения как непривлекательных. Можно предположить, что в данном случае повышенная восприимчивость к внешним стимулам потребления пищи способствует увеличению ее потребления, что, в свою очередь, влечет за собой увеличение массы тела, и недовольство внешним обликом выступает как следствие. Однако, в отличие от двух других расстройств пищевого поведения, характер неудовлетворенности имеет не генерализованный, а более локальный, сосредотачиваясь на конкретных физических аспектах собственного облика – лицо и тело.

Наконец, стоит отметить, что были выявлены сильные обратные взаимосвязи выраженности показателя «Образ собственного тела» и показателей «Образ тела и телосложения» ($r_s = -0,76$, при $p \leq 0,01$), «Суждения» ($r_s = -0,72$, при $p \leq 0,01$), средние взаимосвязи с показателями «Образ лица» ($r_s = -0,69$, при $p \leq 0,01$), «Образ выразительного поведения», ($r_s = -0,66$, при $p \leq 0,01$), «Образ внешнего облика» ($r_s = -0,59$, при $p \leq 0,01$). Данные взаимосвязи отражают то, что при выраженной неудовлетворенности образом собственного тела, наблюдается неудовлетворенность также и тем, как выглядит собственное лицо, как выглядят различные внешние атрибуты, в

том числе прическа, макияж, украшения, одежда. Неудовлетворение наблюдается не только статистическими параметрами облика, но и динамическими характеристиками, как, например, походкой, мимикой, жестикуляцией и прочее. При выраженной неудовлетворенности образом собственного тела отмечается убежденность в рассогласовании собственного внешнего облика с реализуемыми гендерными и социальными ролями. Также отмечается выраженное поведенческое избегание наблюдения за собой. Данные взаимосвязи подтверждают генерализованный характер неудовлетворенности образом собственного тела.

Кроме того, показатель «Нервная орторексия» имеет сильную прямую взаимосвязь с выраженностью ограничительного типа РПП ($r_s = 0,71$, при $p \leq 0,01$) и умеренную взаимосвязь с выраженностью эмоционального типа РПП ($r_s = 0,45$ при $p \leq 0,01$). При этом связи между показателями «Нервная орторексия» и «Экстернальный тип РПП» обнаружено не было ($p > 0,05$). Таким образом, данные взаимосвязи указывают на то, что у лиц склонных к перееданию при возникновении различных эмоциональных состояний, а также склонных к введению различных ограничений в употреблении пищи, наблюдается более выраженная склонность к навязчивой озабоченности здоровым и правильным питанием.

Взаимосвязь выраженности между показателями «Нервная орторексия» и «Ограничительный тип РПП» неудивительна, так как по своей сущности нервная орторексия в поведенческом выражении представляет собой именно воздержание от употребления конкретных групп продуктов, способов приготовления, то есть прямое ограничение в выборе продуктов питания. Взаимосвязь же показателей «Нервная орторексия» и «Эмоциональный тип РПП» может быть объяснена тем, что лица, склонные к перееданию при возникновении определенных эмоциональных состояний, не обладают достаточными способностями к саморегуляции данных состояний. Иными словами, нервная орторексия повышает чувство управляемости жизни, путем предоставления возможности контролировать важную часть

жизнедеятельности человека – употребление пищи. Отсутствие взаимосвязи между показателем «Нервная орторексия» и показателем «Экстернальный тип РПП» можно объяснить тем, что экстернальный тип пищевого поведения характеризуется реакцией не на гомеостатические, а на внешние стимулы к приему пищи. То есть, в поведенческом выражении представляет собой переедания «за компанию», частые перекусы, покупки излишнего количества продуктов и т.д. Таким образом, предиктором реагирования на эти стимулы являются поведение людей и внешние факторы, в то время как нервная орторексия поведенчески проявляется в потреблении пищи, ориентированной на ее полезность, а не на ее вкусовые качества и чувство удовлетворения от приема пищи.

2.2.2. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕСПОНДЕНТОВ С НИЗКИМ И ВЫСОКИМ УРОВНЕМ НЕРВНОЙ ОРТОРЕКСИИ

На основании показателя методики «Опросник нервной орторексии» С. Бретмена была выделена группа респондентов с низким уровнем нервной орторексии, куда были включены респонденты с суммарным баллом от 1 до 2; а также группа респондентов с высоким уровнем нервной орторексии, куда были включены респонденты с суммарным баллом от 10 до 11. Общая численность группы с низким уровнем нервной орторексии составила 47 респондентов, с высоким уровнем – 38 респондентов.

В таблице 3 представлены результаты проведенного сравнительного анализа групп с низким уровнем и высоким уровнем нервной орторексии по показателям расстройств пищевого поведения и показателям образа тела и суждениями о нем, в ходе которого были выявлены статистически значимые различия.

Результаты сравнительного анализа образа тела и типов расстройств пищевого поведения в зависимости от уровня нервной орторексии (U Манна-Уитни)

Показатели	Низкий уровень нервной орторексии		Высокий уровень нервной орторексии		U Манна-Уитни	P Уровень значимости
	Ср.	Ст. откл.	Ср.	Ст. откл.		
Экстернальный тип РПП	3,07	0,71	3,13	0,80	843,5	0,661
Эмоциогенный тип РПП	2,11	1,05	3,47	1,20	369**	p<0,001
Ограничительный тип РПП	2,15	0,97	4,65	0,35	29**	p<0,001
Образ собственного тела	6,06	2,34	8,63	1,05	299**	p<0,001
Образ лица	3,38	1,12	2,05	1,07	357**	p<0,001
Образ тела и телосложения	3,33	1,14	1,75	1,03	270**	p<0,001
Образ внешнего облика	3,28	1,15	2,27	1,17	482,5**	p<0,001
Образ выразительного поведения	3,21	1,01	1,98	1,10	376,5**	p<0,001
Суждения	3,21	1,27	1,80	1,02	353**	p<0,001

Примечание: ** p≤0,01

1. Типы расстройств пищевого поведения.

В ходе проведенного сравнительного анализа было выявлено, что лица с низким и высоким уровнем нервной орторексии различаются по таким типам расстройства пищевого поведения, как эмоциогенный тип РПП (U=369, при p≤0, 01) и ограничительный тип РПП (U=29, при p≤0, 01), которые более выражены в группе лиц с высоким уровнем нервной орторексии. При этом, отмечено, что если для лиц с низким уровнем нервной орторексии средний уровень ограничительного типа РПП (M=2, 15) не превышает нормативных значений (2, 4 балла), в то время как у лиц с высоким уровнем нервной орторексии средний уровень (M=4, 65) практически в два раза превышает нормативные значения.

В тоже время, несмотря на наличие достоверных различий между лицами с высоким и низким уровнем нервной орторексии, отмечено превышение над нормативными значениями (1, 8 балла), как у лиц с низким уровнем нервной орторексии (M=2, 11), так и у лиц с высоким уровнем

нервной орторексии ($M=3,47$). Можно предположить, что это обусловлено недостаточным уровнем развития навыков эмоциональной саморегуляции у исследуемой группы респондентов.

Таким образом, лица, которые имеют выраженную склонность к навязчивой озабоченности здоровым и правильным питанием, в большей степени склонны к перееданию при возникновении различных эмоциональных состояний, к введению различных ограничений в употреблении пищи, по сравнению с лицами, для которых подобное отношение не является характерным.

Лица с нервной орторексией имеют более высокий уровень ограничительного типа пищевого поведения и в большей степени склонны к эмоциогенному типу пищевого поведения. Вероятно, именно потому, что они становятся одержимыми идеей употреблять только «здоровую» еду и вырабатывают строгие правила в отношении выбора продуктов, что, по своей сути, и является ограничительным пищевым поведением. Подобное поведение, в свою очередь, формирует настойчивый и навязчивый страх потребления других «запретных» и «вредных» продуктов, что может вызвать чувство вины и стыда, когда они потребляют «вредную» пищу. Это, по всей видимости, повышает вероятность «срывов» в виде эпизодов эмоциогенного переедания, как средства совладания с негативными эмоциями, вызванными вводимыми ограничениями.

При этом, статистически значимых различий в выраженности экстернального пищевого поведения отмечено не было ($U=843,5$, при $p>0,05$). Вместе с тем, отмечено, что средняя выраженность данного типа РПП как у лиц с низким уровнем нервной орторексии ($M=3,07$), так и у лиц с высоким уровнем нервной орторексии ($M=3,13$) превышает нормативные значения (2,7 балла). Можно предположить, что это обусловлено культом еды, существующим в стране: обилие еды на праздники, переедание на застольях, большое количество заведений общественного питания, рекламных акций и многое другое.

2. *Образ собственного тела.*

В ходе проведенного сравнительного анализа было выявлено, что неудовлетворенность образом собственного тела различается в выраженности у лиц с низким и высоким уровнем нервной орторексии ($U=299$, при $p \leq 0,01$), которое более выражено в группе лиц с высоким уровнем нервной орторексии. При этом, отмечено, что, если средний уровень степени неудовлетворенности собственным телом для лиц с низким уровнем нервной орторексии ($M=6,06$) не превышает нормативных значений (6,5 балла), в то время как средний уровень у лиц с высоким уровнем нервной орторексии ($M=8,63$) значительно превышает нормативные значения.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что в большей степени озабоченность собственным внешним видом, чувство вины и стыда за свой облик и избегание ситуаций, связанных с необходимостью акцентирования внимания на своем теле характерна для лиц, для которых присутствует выраженная озабоченность здоровым питанием, по сравнению с лицами, имеющие низкий уровень нервной орторексии.

3. *Оценочно-содержательная интерпретация компонентов внешнего облика.*

В ходе проведенного сравнительного анализа было выявлено, что выраженность неудовлетворенности образом лица ($U=357$, при $p \leq 0,01$), образом тела и телосложения ($U=270$, при $p \leq 0,01$), образом внешнего облика ($U=482,5$, при $p \leq 0,01$), образом выразительного поведения ($U=376,5$, при $p \leq 0,01$), суждений о внешнем облике ($U=353$, при $p \leq 0,01$) у лиц высоким уровнем нервной орторексии выше в группе по сравнению с лицами с низким уровнем нервной орторексии.

Таким образом, более выраженное недовольство своим лицом, восприятие его как **непривлекательного, нездорового, некрасивого**; неудовлетворенность видом своим тела; неудовлетворенность различными атрибутами внешнего облика, своего выразительного поведения, (походка, жесты, мимика, взгляды), а также более выраженная убежденность в

рассогласовании своего внешнего облика с гендерной, социальной ролью и прочее отмечается у лиц, с высоким уровнем нервной орторексии. То есть, можно говорить о генерализованном характере неудовлетворенности собственным внешним видом и его компонентами у лиц с высоким уровнем нервной орторексии.

Полученные различия можно объяснить с точки зрения теории социального сравнения, согласно которой, люди оценивают себя посредством сравнения себя с другими людьми. Так, лица с высоким уровнем нервной орторексией, могут иметь склонность сравнивать особенности своего внешнего облика с другими людьми, ведущими здоровый образ жизни или людьми, с идеальными формами, но не в собственную пользу, что приводит к чувству неудовлетворенности. Регулярное проведение подобных сравнений может закрепить хроническое чувство неудовлетворенности собственной внешностью и приводить к все большему контролю за собственным питанием и образом жизни [Festinger].

С точки зрения другой теории – когнитивно-поведенческой модели, предполагается связь негативного образа тела и дисфункциональных убеждений относительно внешнего облика. Для людей же с выраженной нервной орторексией являются характерными достаточно жесткие и перфекционистские убеждения относительно потребления пищи и здорового образа жизни, которые могут возникнуть и развиваться именно вследствие акцентирования внимания на собственных несовершенствах и стремления путем изменения и коррекции поведения, контроля приема пищи изменить существующие и субъективно воспринимаемые недостатки. С другой стороны, возможно, что перфекционизм в отношении здорового и правильного питания с течением времени распространяется и на образ тела у лиц с нервной орторексией, что и может приводить к выраженному недовольству собственным внешним видом [Beck, 1996].

Более выраженную убежденность в несоответствии собственного внешнего облика социальной роли и полу, лица с выраженной нервной

орторексией могут демонстрировать вследствие повышенного давления со стороны общества или окружения, стремления соответствовать социальным нормам и ожиданиям. Данные факторы могут приводить к ощущению неудовлетворенности собственным внешним видом, особенно если внешность не соответствует общепринятым стандартам красоты или здоровья.

Таким образом, результаты сравнительного анализа демонстрируют то, что, во-первых, лица с высоким уровнем нервной орторексии, по сравнению с лицами с низким уровнем, отличаются более выраженным эмоциогенным и ограничительным типами расстройств пищевого поведения. Во-вторых, они отличаются более выраженной неудовлетворенностью собственным телом в целом, а также большей неудовлетворенностью своим лицом, внешним обликом, выразительным поведением и соответствием своей внешности социальным ожиданиям. Полученные различия позволяют сделать вывод о более критичном отношении к собственной внешности лиц, с высоким уровнем нервной орторексией, значимостью соответствия ожиданиям окружающих или существующим стандартам красоты.

ВЫВОДЫ ПО ВТОРОЙ ГЛАВЕ

Основываясь на результатах корреляционного анализа можно сделать вывод о том, что на эмпирическом уровне подтвердилась прямая взаимосвязь между озабоченностью собственным внешним обликом и нервной орторексией. Стоит отметить, что оценка внешнего облика оценивалась по таким критериям, как:

1) социальный фактор (суждения, связанные с гендерными и социальными ролями, например, элегантный, ухоженный, женственный, мужественный и т.д.);

2) оценка тела, телосложения, лица и выразительности поведения (например, мимика, жесты, взгляды и т.д).

Кроме того, как и при нервной орторексии, эмпирически подтверждается генерализованный характер неудовлетворенности образом собственного тела, телосложения, лица, другими атрибутами внешнего облика, а также динамическими характеристиками, такими как: мимика, жестикуляция, взгляд, походка и т.д. у лиц с ограничительным и эмоциогенным типами расстройств пищевого поведения. Это объяснено тем, что деструктивные установки о собственном теле побуждают использовать различные средства по его улучшению, а в данном случае потреблять исключительно здоровую и правильную пищу, соблюдать строгую диету и т.д. То есть, когнитивная составляющая напрямую имеет связь с эмоциональными переживаниями, телесными ощущениями, следовательно, и с поведением. Помимо этого, неудовлетворение своим обликом в том числе может быть обусловлено из-за несоответствия своего внешнего вида нормам и стандартам. Необходимо отметить, что описанный ранее описанный теоретический материал о влиянии отрицательного образа тела и социального фактора на пищевое поведение подтвердилось эмпирически.

Также наблюдается и выраженная взаимосвязь между нервной орторексией, эмоциогенным и ограничительным типами пищевого поведения.

Поэтому, можно сделать вывод о том, что у респондентов, склонных к перееданию при возникновении различных эмоциональных состояний, а также склонных к введению различных ограничений в употреблении пищи, наблюдается и более выраженная склонность к навязчивой озабоченности здоровым и правильным питанием. Кроме того, лица, склонные к перееданию при возникновении определенных эмоциональных состояний, не обладают достаточными способностями к саморегуляции данных состояний. Взаимосвязь между нервной орторексией и экстернальным типом пищевого поведения эмпирически не подтвердилась. Это можно объяснить тем, что экстернальный тип пищевого поведения характеризуется реакцией не на гомеостатические, а на внешние стимулы к приему пищи. То есть, в поведенческом выражении представляет собой переедания «за компанию», частые перекусы, покупки излишнего количества продуктов и т.д. Таким образом, предиктором реагирования на эти стимулы являются поведение людей и внешние факторы, в то время как нервная орторексия поведенчески проявляется в потреблении пищи, ориентированной на ее полезность, а не на ее вкусовые качества и чувство удовлетворения от приема пищи. Важно отметить, что в современных теоретических положениях принято рассматривать нервную орторексию как общее расстройство пищевого поведения, но исследование показало, что нервная орторексия не связана с любым типом расстройств пищевого поведения.

Корреляция между генерализованной неудовлетворенностью образом собственного тела и экстернальным типом расстройства пищевого поведения не подтвердилась. Отсутствие связи можно объяснить тем, что экстернальный тип пищевого поведения, в отличие от ограничительного и эмоциогенного, регулируется не внутренними, а внешними регулятивными механизмами. То есть, данное пищевое поведение выстраивается исходя не из собственных эмоций и переживаний, связанных с едой, а из поведения окружающих или иных внешних стимулах, таких как запах еды, ее вид и т.д.

Основываясь на результатах сравнительного анализа лиц с низким и высоким уровнем нервной орторексии можно сделать вывод о том, прямая взаимосвязь между общей неудовлетворенностью образом своего внешнего вида, тела, телосложения лица, выразительного поведения и высоким уровнем нервной орторексии эмпирически подтвердилась. Однако, взаимосвязи между неудовлетворенностью образом собственного тела, включая другие части тела, внешние атрибуты и выразительное поведение и низким уровнем нервной орторексии обнаружено не было, поскольку средний уровень неудовлетворенности не превышает нормативных значений. Необходимо отметить, что традиционно иные аспекты тела и его внешние атрибуты не рассматриваются в контексте влияния на нарушения пищевого поведения. Исследование показало, что существует статистическая значимость не только между отрицательным образом собственного тела и нарушениями пищевого поведения, но и негативная оценка своего лица, атрибутов внешнего облика и динамических характеристик визуального невербального поведения также влияет на формирование неупорядоченного типа питания.

Кроме того, лица с высоким уровнем нервной орторексией, одержимые навязчивой идеей потреблять только определенного рода продукты, придерживаются строгой диеты и выстраивают четкие правила выбора продуктов питания, что и является ограничительным типом расстройства пищевого поведения. Важно отметить, что лица и с низким, и с высоким уровнем нервной орторексией склонны к эмоциональному перееданию. Это, в свою очередь, обуславливается и социокультурными установками: поощрение и наказывание едой, изобилие блюд на праздники, рекламные акции и т.д.

Таким образом, в результате данного научного исследования эмпирические гипотезы частично подтвердились.

Во-первых, Гипотеза 1 о том, что существуют значимые различия неудовлетворенности образом своего тела у молодежи с выраженной и отсутствующей нервной орторексией эмпирически подтвердилась. Статистически было выявлено, что средний уровень степени

неудовлетворенности собственным телом для лиц с низким уровнем нервной орторексии не превышает нормативных значений, в то время как средний уровень у лиц с высоким уровнем нервной орторексии значительно превышает нормативные значения.

Во-вторых, Гипотеза 2 о том, о том, что существует связь между генерализованным образом собственного тела и нервной орторексией у молодежи, эмпирически подтвердилась. Была выявлена статистически значимая прямая взаимосвязь между показателем «Образ собственного тела» и показателем «Нервная орторексия».

В-третьих, Гипотеза 3 о том, что связи между компонентами образа тела, не связанные напрямую с телосложением (лицо, внешний облик, выразительное поведение), и степенью выраженности нервной орторексией у молодежи отсутствует, эмпирически не подтвердилась. Традиционно компоненты образа тела не рассматриваются в психологической литературе, но оказалось, что показатели «Образ лица», «Образ выразительного поведения» и «Образ внешнего облика» имеют статистически значимую взаимосвязь с показателем «Нервная орторексия».

Наконец, Гипотеза 4 о том, что связь между степенью выраженности нервной орторексии и ограничительным типом расстройств пищевого поведения, эмпирически подтвердилась. Статистически было выявлено, что у лиц с низким уровнем нервной орторексии средний уровень ограничительного типа РПП не превышает нормативных значений, в то время как у лиц с высоким уровнем нервной орторексии средний уровень ограничительного типа РПП практически в два раза превышает нормативные значения.

Более того, кроме взаимосвязи с показателем «Ограничительный тип РПП» была выявлена статистически значимая прямая взаимосвязь между показателем «Нервная орторексия» (лица с низким и высоким уровнями нервной орторексии) и показателем «Эмоциогенный тип РПП».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Распространение и популяризация здорового питания и идеализированных тел в средствах массовой информации оказывает значительное влияние на пищевое поведение людей. Средства массовой информации представляют некие правила по соблюдению определенного типа пищевого поведения, описывая, как следствие, достижение здоровья и определенных эстетических стандартов, которые могут повысить вероятность возникновения такого поведения и способствовать созданию или распространению конкретных моделей телосложения. Кроме того, чрезмерная озабоченность едой и телом могут привести к искажению образа тела, присутствующее в патологическом поведении, связанном с моделями питания, называемых расстройствами пищевого поведения. Образ тела, в свою очередь, связан с восприятием физического облика (представление о размере тела, его весе и т.д.), уровнем удовлетворенности (беспокойство, связанное с внешним видом) и ситуациями, которых избегает или к которым стремится человек, вызванными чувством дискомфорта своим телом, что может негативно влиять на качество жизни человека.

Паттерн пищевого поведения, который официально на данный момент не считается расстройством пищевого поведения, но характеризуется одержимостью уровнем здоровья и качества потребляемой пищи, был выделен относительно недавно в литературе и назван нервной орторексией. Этот термин включает в себя потребление продуктов, которые считаются здоровыми, чистыми и полезными, а также избегание продуктов с красителями, пестицидами, пищевыми консервантами и т.д., а также трату нескольких часов в день на планирование рациона питания и изучение состава продуктов. Кроме того, люди с орторексическим поведением могут иметь чувства морального превосходства и самодовольства, связанные с их образом питания. Следовательно, из-за такого навязчивого «правильного» питания у человека может быть несбалансированный рацион питания, что приводит к

ограничениям, социальной изоляции и иным физиологическим и психологическим проблемам. Именно поэтому, малое изучение самого понятия нервной орторексии и обеспечила актуальность работы, а также одновременно потребовала комплексного подхода к исследованию.

Таким образом, неспособность соответствовать своему идеалу и ожиданиями в отношении своего внешнего вида может вызвать озабоченность своим телосложением и, в последствии, неудовлетворенность своим образом тела. Это беспокойство может побудить людей проявлять больший контроль над своим питанием, противопоставляя его своему внутреннему страху быть непривлекательным. Иными словами, за заботой о здоровом питании может скрываться неудовлетворённость своим внешним видом и чрезмерное внимание к нему.

Данное исследование может быть ценным для выявления новых путей решения проблемы и позволит лучше понять связь между образом тела и нарушениями пищевого поведения, в особенности нервной орторексией, а также получить новые подходы к консультированию по вопросам пищевого поведения через работу с искажениями образа тела.

Основываясь на приведенных выше результатах исследования, можно сделать вывод о том, что в психологическом консультировании важно работать не только с нарушениями пищевого поведения, но и с образом тела как с образом телосложения, так и с другими компонентами внешнего облика, выразительным поведением и с общими негативными суждениями о своем внешнем облике. Интегративное использование группового и индивидуального психологического консультирования вместе с фармакологическим лечением может стать эффективным на протяжении всего комплексного процесса лечения и коррекции искажений образа тела при нарушениях пищевого поведения.

Наконец, важно отметить ограничения данного исследования, к которым можно отнести следующее:

1. Были рассмотрены только связи между образом тела и нарушениями пищевого поведения (ограничительный, эмоциогенный, экстремальный типы расстройств пищевого поведения) и нервной орторексией. Другие факторы, связанные с нервной орторексией, в исследовании не рассматривались.

2. Была отобрана выборка только определенного возраста, а именно от 18 до 35 лет, поэтому нет точной информации о том, существует ли связь между образом тела и нарушениями пищевого поведения у людей младше 18 лет или у людей старше 35 лет.

Дальнейшие исследования феномена нервной орторексии могут быть направлены на выявление других факторов его формирования, на других выборках и другое.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Altabe M., Thompson J. K. Menstrual cycle, body image and eating disturbance // *International Journal of Eating Disorders*. 1990. № 9. P. 395–402.
2. Arakelyan H. Eating disorders. Binge eating disorder // *Clinical Diet Therapy*. 2019. № 12. P. 1–2.
3. Barthels F., Barrada J. R., Roncero M. Orthorexia nervosa and healthy orthorexia as new eating styles // *PLoS ONE*. 2019. № 14 (17). 14 p.
4. Beumont P. E., Collins J. K., Touyz S. W. Variability in body shape perception in anorexic, bulimic, obese and control subjects // *International Journal of Eating Disorders*. 1987. № 6. P. 633–638.
5. Beck A. T. Cognitive therapy: a 30-year retrospective // *Psychol*. 1991. № 46 (4). P. 368–375.
6. Beck A. T. Cognitive therapy and the emotional disorders / A. T. Beck. New York: International Universities Press. 1976. P. 339–348.
7. Bell L., Rushforth J. Overcoming body image disturbance: a programme for people with eating disorders // *Routledge*. 2008. № 11. P. 71–93.
8. Bratman S., Dunn T. On orthorexia nervosa: a review of the literature and proposed diagnostic criteria // *Eating Behaviors*. 2016. № 21. P. 7–11.
9. Bray B., Bray C., Bradley R. Binge eating disorder is a social justice issue: a cross-sectional mixed-methods study of binge eating disorder experts' opinions // *National College of Natural Medicine*. 2022. № 19 (10). P. 3–14.
10. Bruch H. Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa // *Psychosomatic Medicine*. 1962. № 24. P. 187–194.
11. Cumming W. J. K. The neurobiology of the body schema // *British Journal of Psychiatry*. 1988. № 21. P. 7–11.
12. Do the Chinese eat more rice or noodles? [Электронный ресурс]. URL: https://translated.turbopages.org/proxy_u/en-ru.ru.a79c1dc4-629a3bd0-f7204c4b-74722d776562/https/www.quora.com/Do-you-think-Chinese-eat-rice-more-than-noodles (дата обращения: 05. 06. 2022).

13. Eating disorder statistics [Электронный ресурс]. URL: <https://anad.org/eating-disorders-statistics/> (дата обращения: 23.11.2021).
14. Fernandez F., Probst M., Meermann R. Bodysize estimation and body dissatisfaction in eating disorder patients and normal controls // *Eating Disorders*. 1994. № 16 (3). P. 307–310.
15. Festinger L. A theory of social comparison processes // *Human Relations*. 1954. P. 114–140.
16. Gardner R. M., Moncrieff C. Body image distortion in anorexics as a non-sensory phenomenon: a signal detection approach // *Journal of Clinical Psychology*. 1991. № 44. P. 101–107.
17. Grogan S. *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children* // Routledge. 2016. № 11. 226 p.
18. General eating disorder statistics [Электронный ресурс]. URL: <https://anad.org/eating-disorders-statistics/> (дата обращения: 23.11.2021).
19. Holland G., Tiggemann M. A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes // *Body Image*. 2016. № 17. P. 100-110.
20. Koven N. S., Abry A. W. The clinical basis of orthorexia nervosa: Emerging perspectives // *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2015. № 11 (11). 394 p.
21. Keel P. K., Brown T. A., Holm-Denoma J. Comparison of DSM-IV versus proposed DSM-5 diagnostic criteria for eating disorders: reduction of eating disorder not otherwise specified and validity // *International Journal of Eating Disorders*. 2011. № 44 (6). P. 553–600.
22. Mathieu J. What is orthorexia? // *Journal of the American Dietetic Association*. 2005. № 9. P. 1510–1512.
23. Mehler P. S., Crews C., Weiner, K. Bulimia: medical complications // *Women's Health*. 2004. № 13 (6). P. 515–528.

24. Nagata J. M., Murray B. Updates in the treatment of eating disorders in 2020: a year in review in eating disorders: the journal of treatment & prevention // *Eating Disorders* 2021. № 29 (2). P. 1–11.
25. Eating disorder awareness and education [Электронный ресурс]. URL: <https://www.eatingdisorderhope.com/information/help-overcome-eating-disorders/neda> (дата обращения: 20. 06. 2022).
26. Novara C., Maggio E., Mattioli S. Orthorexia Nervosa: differences between clinical and non-clinical samples // *BMC Psychiatry*. 2021. № 21 (1). 10 p.
27. Nymah H. A direct question: is orthorexia a correct word for a wrong concept? // *Lakartidningen*. 2002. № 99. P. 433–434.
28. Polat A., Ikiz T., Yucel B. The Turkish version of the eating disorder examination questionnaire // *Eating Disorders*. 2011. № 19 (6). P. 509–511.
29. Q and A: binge-eating disorders [Электронный ресурс]. URL: <https://medicalxpress.com/news/2023-05-binge-eating-disorders.html> (дата обращения: 05. 06. 2022).
30. Rabstejnek C. Family Systems & Murray Bowen Theory // *Schizophrenia & Family Systems*. 2009. № 35 (11). 10 p.
31. Reed G. M, First M. B, Kogan C. S. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders // *World Psychiatry*. 2019. №18 (1). P. 3–19.
32. Skodol A. E., Bender D. S., Oldham J. M. Personality pathology and personality disorders. American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychiatry // *Semantic Scholar*. 2019. № 7. P. 711–748.
33. Schontz F. C. Body image and its disorders // *International Journal of Psychology. Med.* 2012. № 5 (4). P. 51–84.
34. Schidler P. The image and appearance of the human body // *International Journal of Psychology*. 1950. № 1. P. 204–356.
35. Sodersten P., Bergh C., Leon M. Dopamine and anorexia nervosa // *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2019. № 60. P. 26–28.

36. Stice E., Gau J. M., Rohde P. Risk factors that predict future onset of each DSM–5 eating disorder: predictive specificity in high-risk adolescent females // *Psychol.* 2017. № 126 (1). P. 38.
37. Slade P. D., Brodie D. A. Body image distortion and eating disorder: a reconceptualisation based on the recent literature. *European Eating Disorders Review. Socio-economic status and obesity: a review of the literature* // *Psychological Bulletin.* 1994. № 105. P. 260–275.
38. Ulfvebrand S., Birgegard A., Norring C. Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database // *Psychiatry Research.* 2015. № 230 (2). P. 294–299.
39. Vkontakte.com [Электронный ресурс]. URL: <https://vk.com/groups?act=catalog&c%5Bq%5D=рпп> (дата обращения 23. 10. 2021).
40. Woman.ru [Электронный ресурс]. URL: <https://www.woman.ru/beauty/body/thread/4126156/> (дата обращения 11. 09. 2021).
41. Запросы о том, как похудеть [Электронный ресурс]. URL: https://yandex.ru/company/researches/2014/ya_diet_regions (дата обращения 23. 10. 2021).
42. Yao S., Larsson H., Norring C. Genetic and environmental contributions to diagnostic fluctuation in anorexia nervosa and bulimia nervosa // *Psychological Medicine.* 2019. № 51 (1). P. 1–8.
43. Авдюнина Н. А. Образ тела как компонент самосознания в юношеском возрасте // *Ребенок в образовательном пространстве мегаполиса.* 2015. № 2. С. 194–197.
44. Аграс В. Расстройства пищевого поведения // *Психиатрия* / Под ред. Р. Шейдера. М. 1998. С. 88–98.
45. Баранов В. А. Тело и телесность в социальном измерении // *Таврический научный обозреватель.* 2016. № 10 (15). С. 24–29.

46. Барыльник Ю. Б. Диагностика и терапия расстройств пищевого поведения: мультидисциплинарный подход // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. № 1 (28). С. 50–57.

47. Захарова М. Л., Егоренко А. О. Особенности защитно-совладающего поведения девушек с ограничительным и эмоциогенным типами пищевого поведения // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2015. № 5 (34). [Электронный ресурс]. URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 10. 09. 2021).

48. Вознесенская Т. В. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция // Международный эндокринологический журнал. 2007. № 2. С. 29-37.

49. Дадаева В. А. Типы нарушений пищевого поведения // Профилактическая медицина. 2021. № 4 (24). С. 13–119.

50. Демецкая А. Orthorexia nervosa, или Подводные камни слишком здорового питания // Фармацевт Практик. 2016. № 10. С. 18–19.

51. Дроздов А. А., Дроздова М. В. Справочник психотерапевта. 2005. [Электронный ресурс]. URL: <https://klex.ru/hb6> (дата обращения: 03. 06. 2022).

52. Диагностика в медицинской (клинической) психологии, современное состояние и перспективы // Научное издание. Коллективная монография под ред. Н. В. Зверевой, И. Ф. Роциной. М.: ООО «Сам Полиграфист». 2016. № 44. 254 с.

53. Дорожевец А. Н., Соколова Е. Т. Исследования «образа тела» в зарубежной психологии // Психология. 1985. № 4 (14). С. 39–49.

54. Еремина С. Р. Субъективные риски молодежи в отношении здорового образа жизни // Социализация учащейся и студенческой молодежи в современных социально-экономических условиях: материалы международной веб- конференции. 2018. № 1. 75 с.

55. Жмуров В. А. Большая энциклопедия по психиатрии // Джангар. 2012. № 2. [Электронный ресурс]. URL: <https://vocabulary.ru/slovari/bolshaja-enciklopedija-po-psihiatrii-2-e-izd.html> (дата обращения: 04. 06. 2022).

56. Распробовали ЗОЖ: тренд на здоровое питание добрался до регионов [Электронный ресурс]. URL: <https://www.gazeta.ru/business/2020/09/30/13274215.shtml> (дата обращения: 07. 06. 2022).
57. Иванов Д. В., Хохрина А. А. Образ тела у подростков с нарушениями пищевого поведения // Вестник университета. 2019. № 6. С. 198 – 204.
58. Коркина М. В., Цивилько М. А., Марилов В. В. Нервная анорексия // Медицина. 1986. № 44 (1). С. 171.
59. Логинова О. А., Орлова Е. Г., Ширшев С. В. Физиологические эффекты грелина // Вестник Пермского университета. 2018. №4. С. 443–449.
60. Меркулова А. Р. Нервная орторексия // Актуальные вопросы современной медицины. 2019. № 24 (26). С. 49–57.
61. Михайлова А. П. Пищевое поведение в норме, в условиях стресса и при патологии: библиографический обзор / А. П. Михайлова, А. В. Штрахова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». 2018. № 11 (3). С. 80–95.
62. Николаева Н. О. История и современное состояние исследований нарушений пищевого поведения (культурные и психологические аспекты) // Клиническая и специальная психология. 2012. № 1 (1). [Электронный ресурс]. URL: https://psyjournals.ru/journals/cpse/archive/2012_n1/49969 (дата обращения: 16. 10. 2021)
63. Оксфордский толковый словарь по психологии / Под ред. А. Ребера // Вече, АСТ. 2002. [Электронный ресурс]. URL: <https://vocabulary.ru/slovari/oksfordskii-tolkovyi-slovar-po-psihologii.html> (дата обращения: 04. 06. 2022).
64. Орлова О. В. Расстройства пищевого поведения как интегративная научная проблема // Акмеология. 2015. № 3 (55). 214 с.
65. Современные методы диагностики и терапии расстройств пищевого поведения: модель СВТ [Электронный ресурс]. URL: <https://education-psy.ru/homepage> (дата обращения 11. 09. 2021).

66. Пырьева Е. А., Гмошинская М. В., Шилина Н. М., Гурченкова М.А. Ранние этапы формирования пищевого поведения // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2017. № 62 (3). С. 125–129.
67. Приленская А. В., Приленский В. Ю. Зависимое пищевое поведение: клиника, систематика и пути коррекции (трансперсональный подход) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2008. №2. С. 102–104.
68. Рынза О. П. Факторы, влияющие на формирование стереотипов пищевого поведения у лиц молодого возраста // Вопросы питания. 2004. № 1. С. 32–36.
69. Саволкова О. А. Нервная орторексия: к постановке проблемы // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. 2014. № 2 (4). [Электронный ресурс]. URL: <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения: 25. 11. 2021).
70. Скугаревский О. А. Нарушения пищевого поведения: монография / О. А. Скугаревский. Минск: БГМУ. 2007. 340 с.
71. Фадеева К. М. Компоненты образа тела и их значение в процессе социализации старших подростков // Психология, социология и педагогика. 2013. № 9. С. 1–7.
72. Фатеева М. С. Orthorexia Nervosa: история возникновения термина, диагностические критерии и место среди известных расстройств пищевого поведения // Science and Education a New Dimension. 2021. № 96. С. 64–71.
73. Филипс Ш. Самый сладкий грех? Дебаты // Сахар и здоровье. 2006. № 2. С. 52–53.
74. Что такое РПП? [Электронный ресурс]. URL: <https://cirpp.ru/what-is-rpp/> (дата обращения: 25. 06. 2022).

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Опросник нервной орторексии С. Бретмена

Я провожу больше трех часов в день в размышлениях о здоровом питании. (Если больше четырех часов, поставьте 2 балла.)	№1
<input type="radio"/> Больше 4 часов <input type="radio"/> Больше 2 часов <input type="radio"/> Менее 2 часов	
Меню на завтра я планирую уже сегодня	№2
<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	
Для меня гораздо важнее польза, которую приносит пища, чем удовольствие от нее	№3
<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	
Чем качественнее моя диета, тем однообразнее мой образ жизни	№4
<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	
Мои ограничения в питании с каждым днем все строже	№5
<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	
Я жертвую занятиями, которые мне раньше нравились, если они мешают мне правильно питаться	№6
<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	
Моя самооценка повышается, когда я ем здоровую пищу. Я смотрю свысока на тех, кто этого не делает	№7
<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	
Меня мучают чувство вины и отвращение к себе, если я ем то, что доставляет мне удовольствие, но не соответствует правилам моей диеты	№8
<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	
Диета изолирует меня от окружающих, потому что я могу питаться только дома	№9
<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	
Когда я ем правильные продукты, я спокойна и чувствую, что у меня все под контролем	№10
<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	

Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ) Т. Стриена

№	ВОПРОСЫ	НИКОГДА	РЕДКО	ИНОГДА	ЧАСТО	ОЧЕНЬ ЧАСТО
1	Если Ваш вес начинает нарастать, едите ли Вы меньше обычного?					
2	Стараетесь ли Вы есть меньше, чем Вам хотелось бы, во время обычного приема пищи (завтрак, обед, ужин)?					
3	Часто ли Вы отказываетесь от еды и питья из-за того, что беспокоитесь о Вашем весе?					
4	Аккуратно ли Вы контролируете количество съеденного?					
5	Выбираете ли Вы пищу преднамеренно, чтобы похудеть?					
6	Если Вы переели, будете ли Вы на следующий день есть меньше?					
7	Стараетесь ли Вы есть меньше, чтобы не поправиться?					
8	Часто ли Вы стараетесь не есть между обычными приемами пищи из-за того, что следите за своим весом?					
9	Часто ли Вы стараетесь не есть вечерами, потому что следите за своим весом?					
10	Имеет ли значение Ваш вес, когда Вы что-либо едите?					
11	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вы раздражены?					
12	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вам нечего делать?					

13	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вы подавлены или обескуражены?					
14	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вам одиноко?					
15	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вас кто-то подвел?					
16	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вам что-либо препятствует, встает на Вашем пути, или нарушаются Ваши планы, либо что-то не удастся?					
17	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вы предчувствуете какую-нибудь неприятность?					
18	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вы встревожены, озабочены или напряжены?					
19	Возникает ли у Вас желание есть, когда «все не так», «все валится из рук»?					
20	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вы испуганы?					
21	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вы разочарованы, когда разрушены Ваши надежды?					
22	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вы взволнованы, расстроены?					
23	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вы скучаете, утомлены, беспокойны?					
24	Едите ли Вы больше, чем обычно, когда еда вкусная?					
25	Если еда хорошо выглядит и хорошо пахнет, едите ли Вы больше обычного?					
26	Если Вы видите вкусную пищу и чувствуете ее запах, появляется ли у Вас желание есть?					
27	Если у Вас есть что-то вкусненькое, съедите ли Вы это немедленно?					

28	Если вы проходите мимо булочной (кондитерской), хочется ли Вам купить что-то вкусное?					
29	Если Вы проходите мимо закусочной или кафе хочется ли Вам купить что-то вкусное?					
30	Когда Вы видите как едят другие, появляется ли у Вас желание есть?					
31	Можете ли Вы остановиться, если едите что-то вкусное?					
32	Едите ли больше, чем обычно, в компании (когда едят другие)?					
33	Когда Вы готовите пищу, часто ли пробуете ее?					

Опросник образа собственного тела О. А. Скугаревской, С. В. Сивухи

№	Утверждение	Никогда	Иногда	Часто	Всегда
	Я не люблю смотреть на себя в зеркало				
	Покупка одежды обращает мой внимание на то, как я выгляжу, и потому неприятна				
3.	Я не люблю, когда на меня обращено внимание окружающих				
4.	Я избегаю ситуаций, в которых окружающие могут увидеть мой тело (например, посещение бассейна, пляжа и т.д.)				
5.	Я испытываю стыд за своё тело в присутствии определённых людей				
6.	Я не люблю своё тело				
7.	Мне кажется, что другие люди должны считать мой тело безобразным				
8.	Я чувствую, что друзья и члены моей семьи смущаются при взгляде на меня				
9.	Я сравниваю своё тело с другими для того, чтобы убедиться, что они полнее, чем я				

10.	Мне сложно получать удовольствие от своей деятельности из-за того, что я испытываю неловкость в связи со своим внешним видом				
11.	Я испытываю чувство вины в связи со своим весом				
12.	У меня есть негативные мысли, и я самокритична в отношении своего тела и того, как я выгляжу				
13.	Мне трудно принимать комплименты по поводу того, как я выгляжу				

14.	Когда я смотрю в зеркало, то моё внимание сосредоточено преимущественно на тех частях тела, которые нуждаются в улучшении				
15.	Я чувствую себя униженной и/или подавленной в присутствии человека, который, по моему мнению, более привлекателен, чем я				
16.	Я беспокоюсь о собственном весе				

Опросник «Оценочно-содержательная интерпретация компонентов внешнего облика» Е. В. Белугиной, В. А. Лабунской

Блок 1. Я оцениваю свое лицо как...

1. Некрасивое	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Красивое
2. Неизящное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Изящное
3. Невыразительное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Выразительное
4. Непривлекательное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Привлекательно
5. Заурядное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Незаурядное
6. Плохо сложенное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Хорошо сложенное
7. Нездоровое	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Здоровое
8. Неухоженное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Ухоженное
9. Несексуальное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Сексуальное
10. Непривлекательно для противоположного пола	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Привлекательно для противоположного пола
11. Неженственное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Женственное

Блок 2. Я оцениваю свое тело, телосложение как...

12. Некрасивое	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Красивое
13. Неизящное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Изящное
14. Негармоничное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Гармоничное
15. Непривлекательное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Привлекательное
16. Заурядное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Незаурядное
17. Плохо сложенное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Хорошо сложенное
18. Нездоровое	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Здоровое
19. Непропорциональное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Пропорциональное
20. Неухоженное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Ухоженное
21. Несексуальное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Сексуальное
22. Непривлекательное для противоположного пола	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Привлекательное для Противоположного пола
23. Неженственное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Женственное
а. Нестройное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Стройное
б. Неспортивное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Спортивное
в. Непластичное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Пластичное
г. Нестандартное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Стандартное
д. Прочное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Хрупкое
е. Грубое	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Нежное
ж. Неприятное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Приятное
з. Слабое	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Сильное
и. Нелюбимое	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Любимое

Блок 3. Я оцениваю оформление мной внешнего облика (свою прическу, косметику, одежду, украшения) как...

24. Некрасивое	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Красивое
25. Непривлекательное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Привлекательное
26. Неинтересное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Интересное
27. Отталкивающее	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Притягивающее
28. Неприятное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Приятное
29. Неэффектное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Эффектное
30. Невзрачное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Колоритное
31. Типичное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Оригинальное
32. Несексуальное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Сексуальное
33. Непривлекательное для противоположного пола	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Привлекательное для противоположного пола
34. Неженственное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Женственное

Блок 4. Я оцениваю свое выразительное поведение (жесты, мимику, походку, взгляд и т. д.) как...

35. Неуклюжее	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Грациозное
36. Негармоничное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Гармоничное
37. Невыразительное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Выразительное
38. Отталкивающее	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Притягивающее
39. Искусственное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Естественное
40. Статичное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Динамичное
41. Типичное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Индивидуальное
42. Непривлекательное для противоположного пола	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Привлекательное для противоположного пола
43. Несексуальное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Сексуальное
44. Неженственное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Женственное

Блок 5. Оцените следующие утверждения

45. Я не люблю смотреть на свои фотографии	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Я люблю смотреть на свои фотографии
46. Я не люблю смотреть на себя в витрины	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Я люблю смотреть на себя в витрины
47. Я не люблю показывать другим людям свои фотографии	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Я люблю показывать другим людям свои фотографии
48. Я не люблю смотреть на себя в зеркало	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Я люблю смотреть на себя в зеркало
49. Я не люблю смотреть о себе видеофильмы	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Я люблю смотреть о себе видеофильмы
50. Я не люблю, когда о моей внешности говорят другие	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Я люблю, когда о моей внешности говорят другие
51. Меня не удовлетворяет моя внешность	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Меня удовлетворяет моя внешность

Результаты сравнительного анализа по критерию U Манна-Уитни

Показатели	Нервная орторексия	N	Средний ранг	Сумма рангов
Экстернальный тип РПП	низкий уровень	47	41,95	1971,50
	высокий уровень	38	44,30	1683,50
	Всего	85	-	-
Эмоциогенный тип РПП	низкий уровень	47	31,85	1497,00
	высокий уровень	38	56,79	2158,00
	Всего	85	-	-
Ограничительный тип РПП	низкий уровень	47	24,62	1157,00
	высокий уровень	38	65,74	2498,00
	Всего	85	-	-
Образ собственного тела	низкий уровень	47	30,36	1427,00
	высокий уровень	38	58,63	2228,00
	Всего	85	-	-
Образ лица	низкий уровень	47	54,40	2557,00
	высокий уровень	38	28,89	1098,00
	Всего	85	-	-
Образ тела и телосложения	низкий уровень	47	56,26	2644,00
	высокий уровень	38	26,61	1011,00
	Всего	85	-	-
Образ внешнего облика	низкий уровень	47	51,73	2431,50
	высокий уровень	38	32,20	1223,50
	Всего	85	-	-
Образ выразительного поведения	низкий уровень	47	53,99	2537,50
	высокий уровень	38	29,41	1117,50
	Всего	85	-	-
Суждения	низкий уровень	47	54,49	2561,00
	высокий уровень	38	28,79	1094,00
	Всего	85	-	-

