9Кафедра: Психологии здоровья и отклоняющегося поведения

Выпускная квалификационная работа на тему:

**ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И ОТНОШЕНИЯ С РОДИТЕЛЯМИ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ**

По направлению подготовки 37.03.01 – Психология

**Выполнила:**

Обучающаяся 4 курса

очная форма обучения

Лысикова Дария Сергеевна

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

(подпись)

**Рецензент:**

Ст. преподаватель

Бурина Екатерина Александровна

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

(подпись)

**Научный руководитель:**

Ст. преподаватель

Батлук Юлия Викторовна

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

(подпись)

**Аннотация**

Изучение расстройств пищевого поведения и возможных причин их возникновения является актуальным направлением в современных исследованиях. Целью исследования стало изучение взаимосвязи между выраженностью признаков расстройств пищевого поведения и отношениями с родителями девушек-подростков.

Использовались «Шкала оценки пищевого поведения» D.M. Garner в адаптации О. А. Ильчика, «Подростки о родителях» E.S. Schaefer в адаптации Л. И. Вассермана, «Родителей оценивают дети» И.А. Фурманова и А.А. Аладьина, «Незаконченные предложения» Дж. Сакса и С. Леви.

Выборку составили 144 девушки в возрасте от 13 лет до 21 года. Проводился корреляционный анализ. Выборка также была разделена на 2 группы по выраженности признаков нарушений пищевого поведения. Для сравнения групп использовался критерий U – Манна Уитни.

Выраженность признаков расстройств пищевого поведения коррелирует с враждебностью, директивностью, непоследовательностью матери. Группы девушек с разной выраженностью признаков расстройств пищевого поведения значимо различаются по шкалам «гиперпротекция», «игнорирование потребностей», «недостаточность требований-обязанностей», «чрезмерность-требований запретов», «чрезмерность санкций», «неустойчивость стиля воспитания», «предпочтение детских качеств», «воспитательная неуверенность родителя», «проекция на ребенка собственных нежелательных качеств».

Полученные данные позволяют предполагать, что деструктивные детско-родительские отношения могут частично объяснять развитие РПП. Стоит также принимать во внимание влияние самой болезни на внутрисемейные отношения и взаимодействия и их оценку.

**Annotation**

**Child-parent relations and eating disorder symptoms in female adolescents**

Modern studies of eating disorders focus on factors that can explain their development. The aim of the study was to measure the correlations between the parent-child relationship and the severity of eating disorders in female adolescents.

Methods: Eating Disorder Inventory in modification of O.A. Ilchik, «Parents’ behavior and attitudes of adolescents to them» by E. Schaefer, «Сhildren evaluate parents» by I.A. Furmanov, A.A. Aladiin, Sack’s Sentence Completion Test.

The sample involved 144 female adolescents aged 13 to 21. The sample was divided into 2 groups according to the severity of eating disorders. For the purposes of the study, a correlation analysis was chosen. After testing the assumption of normality, Mann Whitney`s U-test was used to compare means between groups.

The eating disorders symptoms correlate with maltreatment by mother: higher rejection, criticism, direction and lower psychological autonomy. There were found differences between two groups for the «hyperprotection», «ignoring needs of a child», «lack of duties», «excessive prohibitions», «excessive sanctions», «the instability of the style of upbringing», «preference for children's qualities», «projection of one's own undesirable qualities on a child», «parent` insecurity in upbringing». The group with high severity of eating disorder symptoms showed higher scores.

The obtained data indicate that the violations in the parent-child relationship can partially explain the development of the eating disorders. It is also necessary to consider the influence of the disease on intra-family relations and interactions.

**СОДЕРЖАНИЕ**

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.................................................................... 6

ВВЕДЕНИЕ............................................................................................................. 7

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ТЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1.1 Понятие «пищевое поведение»......................................................... 10

1.2 Расстройства пищевого поведения................................................... 12

1.2.1 Нервная анорексия.................................................................... 13

1.2.2 Нервная булимия....................................................................... 14

1.2.3 Компульсивное переедание...................................................... 16

1.3 Причины возникновения расстройств пищевого поведения......... 17

1.3.1 Физиологические причины....................................................... 17

1.3.2 Генетические причины............................................................. 19

1.3.3 Психологические причины...................................................... 20

1.3.4 Семейные причины................................................................... 24

1.3.5 Влияние травмирующих событий........................................... 27

1.3.6 Социокультурные причины...................................................... 28

1.3.7 Личностные особенности.......................................................... 31

1.4 Основные понятия в системе отношений «родитель-ребёнок»..... 33

1.5 Влияние семьи на психическое развитие ребёнка........................... 36

Резюме по теоретической части................................................................ 41

ГЛАВА 2. МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Предмет и объект исследования 43

2.2 Описание выборки 43

2.3 Обоснование подбора выборки 44

2.4 Цели и задачи исследования 45

2.5 Гипотезы исследования 45

2.6 Математические методы обработки 46

2.7 Методы исследования 46

2.8 Разделение выборки .......................................................................... 53

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

3.1 Результаты исследования по всей выборке........................................ 54

3.1.1 Корреляции между признаками РПП и опросниками «Подростки о родителях», «Родителей оценивают дети»............... 54

3.1.2 Корреляции между опросником «Шкала оценки пищевого поведения» и опросником «Подростки о родителях» 57

3.1.3 Влияние порядка рождения и типа семьи на выраженность признаков РПП...................................................................................... 61

3.1.4 Влияние уровня враждебности матери на выраженность

признаков РПП...................................................................................... 64

3.2 Результаты по группе с выраженными признаками расстройств пищевого поведения................................................................................... 64

3.2.1 Сравнение ответов двух групп на вопросы авторской

Анкеты................................................................................................... 64

3.2.2 Сравнение средних значений по опроснику «Подростки о родителях» ............................................................................................ 67

3.2.3 Сравнение средних значений по опроснику «Родителей оценивают дети»................................................................................... 69

3.2.4 Сравнение средних значений по опроснику «Шкала оценки пищевого поведения»........................................................................... 70

3.2.5 Анализ ответов на незаконченные предложения................... 72

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ....................................................................... 75

ВЫВОДЫ ............................................................................................................. 77

ЗАКЛЮЧЕНИЕ..................................................................................................... 79

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ........................................... 81

ПРИЛОЖЕНИЕ А................................................................................................. 87

ПРИЛОЖЕНИЕ Б................................................................................................. 90

ПРИЛОЖЕНИЕ В................................................................................................. 93

ПРИЛОЖЕНИЕ Г................................................................................................. 98

ПРИЛОЖЕНИЕ Д............................................................................................... 100

ПРИЛОЖЕНИЕ Е............................................................................................... 102

**ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ**

МКБ –10 – Международная классификация болезней 10 пересмотра

НА – нервная анорексия

НБ – нервная булимия

НПП – нарушения пищевого поведения

ПОР – методика «Подростки о родителях»

ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство

РОД – методика «Родителей оценивают дети

РПП – расстройства пищевого поведения

ШОПП – методика «Шкала оценки пищевого поведения»

DSM-4, DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

**ВВЕДЕНИЕ**

Расстройства пищевого поведения (РПП) являются одними из самых распространенных психических заболеваний современного мира, особенно для девушек подросткового и юношеского возраста. Процент населения, страдающего нервной анорексией, составляет 0,4%, а нервной булимией 1-1.5% , и продолжает расти [44]. Многие люди, имеющие пищевые расстройства, скрывают свои симптомы от окружающих и не обращаются за психологической и медицинской помощью. Можно предположить, что реальная распространенность заболевания выше имеющихся данных, что делает расстройства пищевого поведения важной проблемой здравоохранения [33].

Изменяющиеся условия жизни усиливают тенденции людей, предрасположенных к нарушениям пищевого поведения, искать опору в отклоняющихся пищевых практиках. За последние несколько десятилетий количество исследований, посвященных разным аспектам расстройств пищевого поведения, значительно возросло. Несмотря на это, наука всё ещё не достигла полного понимания пищевых расстройств.

Высокая распространенность, большая смертность, серьёзные последствия для соматического и психического здоровья, длительный период реабилитации свидетельствуют о высокой актуальности проблемы расстройств пищевого поведения. Одной из основных задач исследований в этой области является изучение причин возникновения заболевания у отдельных пациентов, выделение различных факторов, влияющих на развитие РПП. Пищевые расстройства с большой вероятностью являются результатом взаимодействия множества сложных, взаимозависимых, многомерных факторов. Обычное соблюдение ограничивающей диеты может развиться в полноценное расстройство в результате комплексного влияния предшествующей генетической, психологической, социальной уязвимости, имеющихся соматических или психических заболеваний, семейной ситуации, окружающей среды в целом.

Данная работа посвящена изучению роли семьи и семейных характеристик в развитии расстройств пищевого поведения. В 70-ые годы многие исследования расстройств пищевого поведения, в большей степени направленные на изучение нервной анорексии, были связаны с изучением условий жизни и воспитания детей, семейного микроклимата, личностных характеристик родителей. Были предприняты попытки рассмотреть этиогенез расстройств пищевого поведения с позиций психодинамического подхода через «стремление вернуться в детство», «фрустрацию оральной стадии», «проявление болезненного нарушения связи мать - ребенок» в первые годы жизни ребенка и т.д. Также рассматривалась роль семьи в формировании пищевых привычек, использование еды как метода воспитательного воздействия.

Современные зарубежные концепции учитывают многофакторный характер расстройств пищевого поведения и рассматривают биологические, физиологические, генетические, социокультурные и психологические факторы и их влияние на развитие расстройств пищевого поведения. Традиционные модели, делавшие большой акцент на предполагаемом влиянии семьи на предрасположенность к РПП, в последние годы подвергаются критике. Во многом критика связана с тем, что многие семьи с характерными особенностями не приводят к развитию у ребенка РПП, и наоборот, многие семьи страдающих от РПП пациентов не разделяют этих особенностей. Очевидно, что вопрос остаётся открытым.

Проблема может заключаться в недооценке связи семьи и появления расстройств пищевого поведения, а также в игнорировании этого фактора при профилактике и коррекции уже возникших нарушений.

**Цель исследования** состоит в изучении взаимосвязи между выраженностью признаков расстройств пищевого поведения (РПП) и отношениями с родителями девушек-подростков.

**Предметом исследования** являются особенности пищевого поведения, а в качестве **объекта исследования** выступают девушки-подростки с разной выраженностью признаков расстройств пищевого поведения.

**Задачи исследования состоят в следующем:**

1. исследовать связь конкретных характеристик воспитания с выраженностью признаков расстройств пищевого поведения;
2. исследовать различия в сфере детско-родительских отношений у разных по уровню выраженности признаков расстройств пищевого поведения групп девушек-подростков;
3. провести качественный анализ ответов респондентов с выраженными признаками расстройств пищевого поведения на вопросы, связанные с оценкой взаимоотношений с родителями;
4. исследовать связь между выраженностью признаков РПП и а) порядком рождения в семье, б) типом семьи (полная - неполная);
5. подтвердить имеющиеся в литературе данные о психологических характеристиках, связанных с расстройствами пищевого поведения.

**Гипотезы исследования:**

1. Выраженность признаков расстройств пищевого поведения связана с деструктивными формами детско-родительских взаимодействий
2. Отношения с матерью в большей степени, чем отношения с отцом, связаны с наличием признаков РПП
3. Тип семьи (полная - неполная) и порядок рождения в семье связаны с выраженностью признаков РПП

**Методы исследования:** авторская анкета, составленная под цели и задачи исследования; «Шкала оценки пищевого поведения» в адаптации О.А. Ильчика, С.В. Сивухи, О.А. Скугаревского, С. Суихи; опросник «Подростки о родителях» в адаптации Л. И. Вассермана, И. А. Горьковой, Е. Е. Ромицыной; методика «Родителей оценивают дети» И.А. Фурманова и А.А. Аладьина; «Незаконченные предложения» Дж. Сакса и С. Леви.

**ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**1.1 Понятие «пищевое поведение»**

Пищевое поведение следует рассматривать как «ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, ориентация на образ собственного тела и деятельность по его формированию» [22, с. 103]. Пищевое поведение выступает как термин, обобщающий различные компоненты поведения, связанные с процессом приёма пищи [9]. К ним относятся процесс поиска еды, поглощения еды и связанные с ними физиологические процессы и механизмы. Обобщая, можно сказать, что понятие «пищевое поведение» включает в себя различные паттерны поведения, установки, эмоции человека по отношению к еде и процессу питания.

Все люди испытывают чувство голода, это является базовой биологической потребностью. Чувство голода присуще всем и механизм его возникновения и проявления един для всех, но то, как человек взаимодействует со своим чувством голода, как организует своё питание, что, когда и как он ест, является сугубо индивидуальным.

Пищевое поведение связано не только с удовлетворением биологических потребностей, но и с психологическими потребностями, и даже социальными. Примером может служить эмоциогенное переедание, обусловленное реакцией организма на стресс или вызванное желанием «заесть» негативные эмоции. В этих случаях акт приёма пищи выполняет функцию релаксации, получения удовольствия, иногда самоутверждения.

На пищевое поведение оказывает влияние множество факторов: сложившиеся стереотипы, прошлый опыт, знания, потребности, привычки, религиозные взгляды, экономические факторы, нормы, принятые в обществе, национальность, ожидания других людей. В обобщенном виде это группа биологических (в том числе генетических), социокультурных и личностных факторов.

Пищевое поведение человека представляет собой континуум, где на одной полюсе нормальные пищевые паттерны, на другом – патологическое пищевое поведение, а между ними эпизодические нарушения пищевого поведения, которые в зависимости от разных условий могут сдвигаться к одному или другому полюсу. Разграничить «нормальное» пищевое поведение и патологическое очень сложно, однако пищевое поведение всё же условно делят на здоровое (гармоничное, адекватное) и нездоровое (патологическое, девиантное) [22]. Пищевое поведение, адекватное в одной культурной, может считаться нездоровым в другой, поэтому разделение между гармоничным и негармоничным типом весьма условно, однако есть критерии, на которые можно опираться в этом делении. В качестве таких критериев могут выступать: мотивация процесса приёма пищи, значимость процесса питания, его соотношение с другими ценностями в жизни человека, качественные и количественные показатели. Гармоничное пищевое поведение обеспечивает нормальное, здоровое функционирование организма и личности и выступает как профилактика различных заболеваний. Нарушения процесса приёма пищи являются признаком многих психических расстройств. К девиантному пищевому поведению относятся субклинические и клинические формы нарушения приёма пищи. Субклинические формы нарушения пищевого поведения очень разнообразны, к ним относят патологический голод, перекусывания, сидром ночной еды, эмоциогенное, экстернальное и ограничительное пищевое поведение, нарушения, связанные с диетами. Существует определённая типология клинических нарушений пищевого поведения, представленная в DSM-5 и МКБ-10. В качестве основных нарушений пищевого поведения рассматривают анорексию, булимию и компульсивное переедание [33].

**1.2. Расстройства пищевого поведения**

Расстройства пищевого поведения (РПП) характеризуются стойкими нарушениями питания или связанного с ним поведения, приводящими к изменениям потребления или поглощения пищи и существенно ухудшающими физическое здоровье и психосоциальное функционирование пациента [44]. DSM-4 включала в раздел РПП нервную анорексию, нервную булимию и неспецифические пищевые расстройств, куда входили все аномалии пищевого поведения, не удовлетворяющие критериям первых двух расстройств. В DSM-5 дополнительно были выделены: пикацизм (извращение вкуса), синдром срыгивания пищи (характерный, в основном, для младенцев), синдром избирательного питания и компульсивное переедание (binge eating).

В МКБ-10, являющейся официальной клинико-диагностической классификацией в России, к расстройствам приёма пищи (F50) отнесены: нервная анорексия (F50.0, F50.1 – атипичная), нервная булимия (F50.2, F50.3 – атипичная), психогенное переедание (F50.4), психогенная рвота (F50.5), другие расстройства приёма пищи (F50.8), расстройство приема пищи неуточненное (F50.9) [20].

Несмотря на то, что расстройства пищевого поведения различаются по клиническому течению, результатам и потребности в лечении, их поведенческие и психологические проявления могут быть во многом схожи, поэтому случаи постановки нескольких диагнозов из группы расстройств приема пищи встречаются не так редко. Имеются существенные сходства между диагностическими группами, и часто пациенты переходят от диагноза к диагнозу, при этом переход в диагнозах может совершаться и в процессе восстановления. Известно, что от 25 до 33% больных нервной булимией, имеют историю нервной анорексии, тогда как 54% женщин с нервной анорексией склонны к развитию нервной булимии в течение 15,5 лет [47].

Рассмотрим подробнее основные нарушения пищевого поведения – нервную анорексию, нервную булимию и компульсивное переедание.

**1.2.1 Нервная анорексия**

В МКБ-10 нервная анорексия описана как «расстройство, характеризующееся преднамеренным снижением веса, вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом» [20, с.173]. Расстройство ассоциируется со специфической психопатологической боязнью ожирения и дряблости фигуры, которая становится назойливой идеей, и пациенты устанавливают для себя низкий предел массы тела.

DSM-5 выделяет следующие диагностические критерии нервной анорексии:

1) Ограниченное потребление пищи по сравнению с необходимым, что приводит к значительно сниженной массе тела в контексте возраста, пола, развития и физического здоровья. Существенно сниженная масса тела определяется как масса тела меньшая, чем минимально нормальная или, в случае детей и подростков, меньше минимально ожидаемой.

2) Сильный страх набора веса или ожирения или устойчивое поведение, препятствующее набору веса, даже при уже существенно сниженной массе тела.

3) Нарушения в восприятии массы и формы своего тела, чрезмерное влияние массы или формы тела на самооценку или устойчивое отрицание серьезности нынешней низкой массы тела.

Атипичная нервная анорексия – расстройство, имеющее некоторые черты нервной анорексии, но полная клиническая картина которого не позволяет поставить этот диагноз.

Женщины страдают нервной анорексией чаще, чем мужчины, в соотношении примерно 10:1. Наиболее подвержены заболеванию девушки подросткового возраста и молодые женщины. Распространенность диагноза нервная анорексия среди молодых женщин составляет примерно 0,4% [44].

Нервная анорексия обычно начинается в подростковом или молодом возрасте. Случаи, когда анорексия развивается до полового созревания или после 40 лет, довольно редки. Манифестацию расстройства часто связывают с травматичным эпизодом в жизни. У многих больных изменяется поведение, связанное с едой, задолго до открытого появления расстройства. Нервная анорексия может проявиться в виде одного эпизода или быть хроническим заболеванием.

У многих больных нервной анорексией наблюдаются признаки депрессии. Другие особенности, связанные с нервной анорексией, включают в себя чувство неэффективности, сильное желание контролировать окружающую среду, негибкое мышление, чрезмерная сдержанность в проявлении эмоций, отсутствие спонтанности в социальных контактах с людьми. Анорексия часто сопровождается биполярным, депрессивным или тревожным расстройствами.

Среди факторов риска и прогностических факторов DSM-5 отмечает: тревожные расстройства или их признаки в детстве, культурная среда, в которой преобладает идеал стройной, худой фигуры, наличие у ближайших родственников схожих диагнозов.

**1.2.2 Нервная булимия**

МКБ-10 описывает нервную булимию, как «синдром, характеризующийся повторяющимися приступами переедания и чрезмерной озабоченностью контролированием веса тела, что приводит больного к принятию крайних мер для смягчения «полнящего» влияния съеденной пищи» [20, с.175].

Одним из отличий нервной булимии от нервной анорексии является сохранение веса в пределах нормы. При массе тела ниже критической, несмотря на булимический стиль переедания-рвоты, больной скорее все же будет иметь диагноз нервная анорексия. После приведения веса в норму (или других изменений, делающих пациента более не подходящим под критерии нервной анорексии), но с сохранением булимического стиля питания, диагноз нервная булимия ставится лишь по прошествии трех месяцев [44]. Как и в случаях анорексии, самооценка больных очень зависит от внешнего вида, однако вовсе не обязательны нарушения в восприятии своего тела или отсутствие осознания проблемы. Нервная булимия может рассматриваться как определённый этап в заболевании нервной анорексией.

DSM-5 выделяет следующие диагностические критерии нервной булимии:

1) Повторяющиеся приступы компульсивного переедания. Приступ компульсивного переедания имеет следующие характеристики:

1. Поглощение в определенный отрезок времени количества пищи, объективно гораздо большего, чем большинство людей потребило бы за этот же отрезок времени в аналогичных обстоятельствах.
2. Ощущение потери контроля над потреблением пищи во время приступа.

2) Повторяющееся неадекватное компенсаторное поведение с целью предотвратить набор веса, такое как: сознательно вызванная рвота, злоупотребление слабительными, диуретиками или другими препаратами, голодание, чрезмерные физические нагрузки.

3) И компульсивное переедание, и неадекватная его компенсация происходят, в среднем, хотя бы раз в неделю в течение трех месяцев.

4) Чрезмерное влияние формы и массы тела на самооценку.

5) Нарушения проявляются не только во время эпизодов нервной анорексии.

Нервная булимия, как и нервная анорексия, чаще встречается у женщин. Мужчины составляют примерно 10-15% от всех больных [33]. Пик возникновения заболевания несколько позже, чем у анорексии, приходится на 18 лет. Стрессовые события способны ускорить развитие булимии.

Среди факторов риска и прогностических факторов выделяют [44]: проблемы с весом, низкая самооценка, тревожное расстройство, депрессивные симптомы, идеал худого тела в окружающей культурной среде, сексуальное и физическое насилие, генетическая предрасположенность, заболевания ближайших родственников.

**1.2.3. Компульсивное переедание**

Компульсивное переедание отличается от представленного в МКБ-10 психогенного переедания, которое возникает вследствие стрессовых событий. В МКБ-10 компульсивное переедание относится к неспецифическим пищевым расстройствам, а в DSM-5 выделяется в отдельный диагноз.

Согласно DSM-5, компульсивное переедание имеет следующие диагностические критерии:

1) Повторяющиеся приступы компульсивного переедания.

1. Поглощение в определенный отрезок времени количества пищи, объективно гораздо большего, чем большинство людей потребило бы за этот же отрезок времени в аналогичных обстоятельствах.
2. Ощущение потери контроля над потреблением пищи во время приступа.

2) Приступы компульсивного переедания характеризуются, по крайней мере, тремя из следующих признаков:

1. Скорость поглощения пищи выше нормальной.
2. Поглощение пищи до дискомфортного ощущения наполненности.
3. Поглощение больших объемов пищи в отсутствие голода.
4. Питание в одиночестве из-за чувства стыда за количество потребляемой пищи.
5. Отвращение к себе, депрессивная симптоматика или чувство вины после приступов.

3) Имеется выраженная обеспокоенность в отношении компульсивного переедания.

4) Приступы компульсивного переедания происходят, в среднем, хотя бы раз в неделю в течение трех месяцев.

5) Компульсивное переедание не вызывает неадекватного компенсаторного поведения, как при нервной булимии, и проявляется не только во время эпизодов нервной анорексии или нервной булимии.

При наличии у пациента компульсивного переедания неконтролируемые приступы обжорства, характерные для нервной булимии, не завершаются неадекватными компенсаторными реакциями, а лишь вызывают негативное отношение к себе, стыд, отвращение. Также компульсивное переедание отличает то, что больной осознает наличие проблемы, а его самооценка не так зависит от формы и массы тела, как у пациентов, страдающих от нервной анорексии и нервной булимии.

**1.3 Причины возникновения расстройств пищевого поведения**

**1.3.1 Физиологические причины**

Физиологическое объяснение возникновения РПП связывает гормональную регуляцию аппетита и питания с гормональной регуляцией настроения. После приема пищи уровень триптофана в крови поднимается и стимулирует выработку серотонина в мозгу. Повышенный уровень серотонина повышает настроение человека. Повышенный уровень лептина в крови также стимулирует высвобождение серотонина и норадреналина, что приводит к повышению настроения, появлению чувства сытости [39]. Таким образом, еда расслабляет и заставляет чувствовать себя лучше.

Нарушения пищевого поведения подразумевают значительную дисрегуляцию в системе контроля аппетита или диссинхронизацию между различными её уровнями. В результате ослабляется связь между поведением, нейрохимическими процессами и физиологией. Если особенности поведения произвольно устанавливаются извне через осознанные решения и оказываются не связаны с физиологическими требованиями, то функция биологических процессов подрывается [33].

S. Abraham пишет [39], что физиологическое объяснение подразумевает, что пациенты с нервной анорексией первоначально отказывают себе в адекватных количествах пищи и не реагируют на требования организма поесть. Если они продолжают отказывать себе в количестве пищи, необходимом для нормального функционирования организма в течение некоторого времени, предположительно происходит увеличение опиоидной активности в мозге. Это ведет к повышению настроения человека и способствует закреплению неадекватного пищевого поведения, потому что оно помогает чувствовать себя «хорошо». С течением времени, повышение настроения происходит за счет ещё большего снижения потребления.

Почему пациенты с нервной булимией чувствуют, что они не могут противостоять тяге к еде, физиологическая теория не объясняет, хотя предполагает, что они становятся чувствительны к одному или нескольким нейропептидам, заставляющим людей есть. Также этот подход предполагает, что причина компульсивного переедания в том, что женщины стремятся достигнуть массы тела меньшей, чем их генетически запрограммированный диапазон веса, и переедание выступает в этом случае как нормальная физиологическая реакция на недоедание.

По какой-то причине люди, страдающие ожирением, относительно нечувствительны к лептину. S. Abraham [39] предполагает, что важную роль в неспособности людей, страдающих ожирением, сохранить нормальный вес после похудения, играет лептин. Возможно, нечувствительность мозга к лептину объясняется генетическими факторами, или же рецепторы в головном мозге адаптируются с течением времени и становятся менее чувствительными к воздействию лептина.

Недавние нейровизуализационные исследования [46] показали некоторые отклонения, которые сохраняются у пациентов, восстановившихся после нервной анорексии. Однако результаты, сохраняющиеся у выздоровевших пациентов, могут быть следствием предшествующей болезни, объясняя, к тому же, почему эти пациенты продолжают страдать от некоторых физиологических, поведенческих и психологических дефектов.

Таким образом, особенности работы и функционирования мозга и их нарушения могут выступать как фактор возникновении РПП.

## 1.3.2 Генетические причины

Найдено достаточное количество доказательств, что расстройства пищевого поведения передаются по наследству [45]. Исследования семейного анамнеза показывают высокую частоту случаев отличного от нормы (как в сторону уменьшения, так и увеличения) веса, а также различных форм РПП среди родственников 1-й степени пациентов с различными пищевыми расстройствами.

Родственники лиц, страдающих РПП, имеют в 10 раз большую вероятность на протяжении жизни заболеть пищевым расстройством по сравнению с людьми, не имеющими подобных родственников [33]. Повышенный риск развития любой формы РПП у родственников людей, имеющих диагноз нервной анорексии или нервной булимии, дает основания полагать, что РПП обусловлены влиянием генетических факторов. Однако не ясно, как между собой соотносятся генетические и средовые факторы и каков их вес.

Для решения этой задачи были проведены многочисленные близнецовые исследования, которые показали повышенную конкордантность нервной анорексии, нервной булимии и неспецифических пищевых расстройств у монозиготных близнецов по сравнению с дизиготными. Согласно этим близнецовым исследованиям, роль генетических факторов для нервной анорексии составляет от 33% до 84%, для нервной булимии от 28% до 83%, а в отношении компульсивного переедания 46-70% [33].

Молекулярно-генетические методы исследований, применительно к РПП, дают возможность оценить роль специфических генов или генных групп в предрасположенности к РПП. Анализ указывает на гены опиоидных рецепторов, расположенных в определенных хромосомах (хромосомах 1,2,3) и конкретного серотонинового рецептора (5НТ), тогда как исследования методом случай-контроль выделили связь с серотонинергическими и дофаминергическими генами, генами, связанными с нейропептидами, участвующими в регулировании питания, и генами нейротрофического фактора головного мозга BDNF [33, 51].

Таким образом, можно сделать вывод, что кроме физиологических и биологических факторов в развитии РПП есть и генетический фактор, определяющий предрасположенность к возникновению у человека нарушений пищевого поведения.

## 1.3.3 Психологические причины

Связь между генетикой и поведением в области нарушений пищевого поведения достаточно сложная. Не менее важную роль отводят психологическим факторам. Из-за сложной структуры РПП трудно проанализировать отдельно влияние природы и влияние среды (в том числе воспитания), поэтому изучение психологических факторов отдельно от генетики является предметом значительных концептуальных и методологических противоречий и неясностей.

Почти каждая модель описывает этиологию РПП в соответствии с определенными концепциями, строящимися на определенной парадигме. Частой проблемой, связанной с психологическими моделями, является то, что гипотезы о предрасполагающих психологических факторах основаны на результатах пациентов, которые на момент исследования уже тяжело больны не только психологически, но и физиологически, и потому не могут быть предметом тщательного анализа.

Существует множество разнообразных психологических подходов, объясняющих развитие РПП. Классические психоаналитические авторы предполагали, что рост в подростковом возрасте количества страхов, связанных с сексуальностью, может привести к регрессии от эдиповых к доэдипальным тревогам орального характера, связанным с питанием [19, 51]. Исследователи, работающие в психоаналитическом русле, отмечают в качестве причин возникновения РПП страх перед взрослением, новыми требованиями взрослой жизни, половым созреванием, раскрытием своей сексуальности, будущей беременностью. Переживание физического созревания вызывает у больных негативные переживания, страхи, внутренние конфликты. По мнению психоаналитиков, нежелание расставаться с детством и в то же время сильная привязанность к матери, вплоть до зависимости, позволяют взглянуть на болезнь как на возможность остановить взросление.

Были попытки рассмотреть анорексию как своеобразный способ избавиться от чувства вины через самонаказание, а также её связывали с неосознаваемым чувством злости и обиды на родителей, в ситуации которых болезнь выступает как способ привлечь внимание родителей, получить от них поддержку и заботу.

В. Вандерэйкен и Р. Мирман [19] выделили четыре возможных причины в развитии анорексии:

1) Будучи примерным, ребёнок все равно не может добиться внимания родителей, тогда способом получить это внимание родителей становится болезнь.

2) Родители насильно кормят ребёнка или наказывают его едой, тогда голодание выражает протест против родителей.

3) Тревога из-за полноты и возможного набора веса приводит к снижению аппетита.

4) Голод проявляется в виде тревоги на биологическом уровне, но так как страдающий расстройством плохо отличает чувства голода от других внутренних сигналов, отказ от еды становится способом избавиться от тревоги.

Эго-психология приписывает важную роль раннему нарушению самооценки в формировании предрасположенности к РПП [41]. Согласно эго-психологии, в попытке усилить уязвленное чувство собственного достоинства, будущие больные начинают придавать большое значение потребностям окружающих и забывать о своих собственных, убежденные, что они не заслуживают других людей как предполагаемых объектов самости. Со временем, несмотря на все усилия, такие люди начинают чувствовать себя непонятыми и нелюбимыми, что приводит к постепенному отказу от людей как объектов самости и смещению своего фокуса на еду или на активный отказ от еды, как замену объектам самости.

В случаях нервной булимии и компульсивного переедания, еда, возможно, помогает избавиться от невыносимого чувства пустоты, тогда как при нервной анорексии способность выбора и собственно выбор отказа от пищи может иметь большое значение для повышении самооценки и самопринятия. Х. Бруч отмечает, что ограничение в еде при анорексии может выступать как метафора борьбы за автономность, самоуважение, самостоятельность в том случае, когда мать не поддерживает стремление ребёнка к независимости или ограничивает его. М. С. Палаццоли также заостряла внимание на том, что страдающие нервной анорексией не считают своё тело принадлежащим себе, рассматривают его как материнский объект, поэтому пытаюсь отделиться от него так, как могут [19, 33].

С. К. Нартова – Бочавер, развивая свою концепцию суверенности психологического пространства (близкого по значению к понятию личностных границ), отмечает, что нарушения суверенности в детском возрасте, особенно в отношении еды, могут приводить к развитию нарушений пищевого поведения [25]. Если родители принимают все важные решения за ребёнка, не дают ему право выбора и не предоставляют право голоса, если контролируют все сферы жизни ребёнка, тогда ему остаётся распоряжаться только тем, что он ещё в состоянии контролировать – своим телом и процессом принятия еды [33].

Социальная когнитивная теория, говоря об образе собственного тела и его нарушениях, отмечает, что на образ тела могут повлиять транслируемые ребёнку или подростку модели образа тела, вербальные послания в отношении внешности, которые во многом формируют образ тела в детском возрасте, а также компетентность в вопросах тела.

Когнитивная модель рассматривает самооценку, озабоченность телом и диетические ограничения в связке друг с другом. Развитие заболевания связывается с конкретными проблемами в познавательных и поведенческих функциях. Эти проблемы, сочетаясь с конкретными личностными чертами, могут иметь значение для уязвимых индивидуумов.

M. Strober в качестве предпосылки к нарушениям пищевого поведения рассматривает кризис взросления [11]: определенные личностные особенности не дают возможности адаптироваться к пубертатному периоду и взрослости. Болезнь выступает в виде «безопасности», защищающей от угрозы взросления. Происходит не только психологическая регрессия, но и биологическая (уменьшение тела в размерах).

Картину личности страдающего булимией представляют следующим образом [19]: внутреннее ощущение вины, беспомощности, бессмысленности и предъявляемый миру образ энергичного, активного, уверенного в себе человека. Рассогласование «Я-реального» и «Я-идеального» порождает внутренний конфликт, во внутреннем мире происходит разделение на слабую и сильную стороны. Требования окружающего мира порождают страх не справиться с ними, потерять контроль. «Слабая» сторона выбирает в качестве способа заглушить тревогу и снять напряжение влечение к пище. Приступ переедания приносит удовлетворение и утешение, но только на короткий срок. В момент, когда происходит акт переедания, включается «сильная» сторона, которая воспринимает переедание как очередное подтверждение неспособности контролировать себя и свою жизнь, неспособности справиться с ней и быть автономным и независимым. Вновь рождается чувство неполноценности. В этой ситуации рвота становится способом вернуть себе контроль, подтвердить свою независимость и способность справляться с трудностями.

Психоаналитики рассматривают процесс еды как акт сосания материнской груди, а рвота рассматривается как отказ от неё. Таким образом, в чередовании переедания и избавления от пищи, по мнению психоаналитиков, проявляется двойственное отношение к матери, психологическая зависимость от неё с одной стороны и острое желание обрести автономию с другой.

Переедание при булимии, а также переедание вообще, часто рассматривают как способ заглушить чувство скуки, внутренней пустоты, подавить экзистенциальную тревогу. Человек, наполняя себя пищей, получает приятные впечатления от неё. Наполняя желудок, человек как будто старается наполнить чем-то важным, интересным и стоящим свою жизнь. Переедание также связывают с реакцией на стресс, усиливающий желание поесть. Пища выступает как способ утешить себя, отвлечься от неприятных переживаний и обстоятельств.

Таким образом, существует множество различных психологических теорий, объясняющих механизм развития нарушений пищевого поведения. Значение любой психологической модели, даже недоказанной эмпирически, в том, что она обращает пациента к своим внутренним переживаниям и страхам и может стать отправной точкой движения к самопринятию и изменениям.

**1.3.4 Семейные причины**

Традиционные модели делали большой акцент на предполагаемом влиянии семьи на предрасположенность к РПП. В середине семидесятых годов в исследованиях на тему психосоматических семей, подчеркивалось, что сочетание нескольких важных семейных характеристик может повлиять на развитие РПП. К этим характеристикам относились властность и деспотичность матери, необщительность, безучастность, отстраненность отца [15]. В рамках системной семейной психотерапии симптомы болезни у ребёнка рассматриваются как способ поддержания гомеостаза внутри семьи и защиту от необходимых, но болезненных изменений [33, 51].

Запутанные внутрисемейные отношения могут создавать условия для развития нарушений пищевого поведения. Девиации в пищевом поведении иногда рассматриваются как просьба об обратной связи от родителей в случае, когда этой связи не хватает. О. А. Скугаревский отмечает, что семьи больных РПП часто запутаны, характеризуются зависимостью одних членов семьи от других, в них нет разделения межличностных границ, присутствуют двойные послания [33]. Больные нервной анорексией склонны отрицать проблемы в семье, они идеализируют внутрисемейные взаимодействия или просто представляют их в социально желаемом свете как неконфликтные, стабильные, сплоченные. Это способствует появлению вины и возложению ответственности за все семейные конфликты на себя. Больные нервной булимией наоборот описывают свои семьи как конфликтные и несплоченные.

Отклонения в питании могут быть последствием колких замечаний родителей по поводу внешности, массы тела. Кроме сверстников, которые оказывают влияние на самооценку подростка, важным фактором для адаптации подростков является реакция родителей и других значимых взрослых на физические изменения облика их детей. Порой родители позволяют себе критические высказывания в адрес внешности подростка, что является недопустимым. Известно, что на восприятие девочками своей внешности большое влияние оказывают взаимоотношения с матерями, а также отношения матери к своей собственной внешности [57]. Отношение родителей к своей внешности и их поведение, вытекающее из этого отношения, оказывает влияние на взгляды и представления подростков о себе и о том, как «нужно» относиться к своей внешности.

Родители формируют пищевое поведение детей. Это происходит ещё в раннем возрасте. Позднее родители предлагают ребёнку определённые продукты и накладывают ограничения на другие. Процесс принятия пищи ребёнком происходит чаще всего совместно с другими людьми, поэтому становится социальным явлением. Таким образом, ребёнок осваивает пищевое поведение, принятое в той среде, где он проживает. Родители могут уделять чрезмерное внимание питанию ребёнка, кормить его слишком долго, иногда даже насильно. Родители, которые ограничивают себя в употреблении определённых продуктов, часто пытаются ограничивать и своих детей, развивая у них способность контролировать своё поведение и чувство голода. Вероятно, это может приводить к поломке механизмов контроля приёма пищи.

Эти и похожие теории подвергаются критике в последние годы, так как, во-первых, многие семьи с вышеперечисленными особенностями не приводят к развитию у ребенка РПП, и наоборот, многие семьи страдающих от РПП пациентов не имеют этих особенностей. Во-вторых, несмотря на то, что термин психосоматической семьи традиционно ассоциировался с нервной анорексией, большая часть исследований не дала никаких результатов, подтверждающих роль конкретных семейных характеристик в формировании других форм РПП. В-третьих, эти гипотезы образовались согласно исследованиям уже больных пациентов, не принимая во внимание влияние самой болезни на внутрисемейные отношения и взаимодействия. Кроме того, изменения в семейных взаимодействиях могут быть следствием реакции семьи на болезнь ребёнка, в этом случае мать становится более опекающей и контролирующей. Таким образом, нет единого взгляда на роль семьи в возникновении РПП.

Обобщая, можно сделать вывод, что факторы внутрисемейного функционирования, взаимодействуя с другими факторами, оказывают влияние на развитие РПП, но не являются одним единственным главным фактором. Нарушения в родительских отношениях, происходящие в критические годы развития ребенка, могут лишь частично объяснить развитие РПП. Семейные факторы могут спровоцировать развитие расстройства или проявить «неполные» синдромы нарушений пищевого поведения.

**1.3.5 Влияние травмирующих событий**

Исследователи, психологи и клиницисты в последнее время активно обсуждают роль травмирующих событий в возникновении нарушений пищевого поведения.

С. Holman пишет, что травма как объяснение различных психических нарушений и расстройств за последние 20 лет заняла устойчивую позицию в психиатрии [48]. Осознание значимости травмы в жизни людей привело к появлению "модели травмы", которая применяется для объяснения развития различных нарушений, в том числе и расстройств пищевого поведения. Эта модель рассматривает РПП как своеобразный способ копинга.

Исследования показали связь между психотравмирующими жизненными обстоятельства и появлением нарушенных паттернов питания. В этом случае РПП отражают попытку справиться с травмой, поэтому травмирующий опыт пациентов требует внимания терапевта во время лечения и восстановления.

C. Holman отмечает, что показатели сексуального насилия для лиц с НБ не отличаются от показателей, установленных у здоровых женщин [48]. Однако возможен кумулятивный эффект для различных форм травмирующих событий: пренебрежения, сексуального, физического и психологического насилия.

Исследования, направленные на изучение роли травмы, имеют методологические проблемы: трудности диагностики как РПП, так и травматического опыта.

D. Brewerton более всесторонне проанализировал данные, подтверждающие связь между травмой и развитием РПП [43]. В качестве промежуточного звена между травмой и РПП он рассматривает ПТСР. D. Brewerton пришел к выводу, что сексуальное насилие в детстве является неспецифическим фактором риска для РПП и что спектр значимых травмирующих событий намного шире. Множественные случаи травмирующих переживаний дают большую вероятность развития РПП, чем один эпизод. Также травма не обязательно усиливает тяжесть РПП, но достаточно часто влияет на наличие других симптомов, не характерных для РПП, особенно симптомов ПТСР. В свою очередь частичная форма ПТСР может быть фактором риска для развития булимии и булимических симптомов.

В рамках более широкого понимания травмы была исследована взаимосвязь между издевательствами и насмешками в детстве и развитием РПП [48]. Удалось установить связь между насмешками со стороны сверстников и неудовлетворенностью телом и между вербальными издевательствами в семье и неудовлетворенностью телом.

С. Holman на основании приведенных выше данных заключает, что подход, связанный с травмой, помогает взглянуть с другой стороны на нарушения пищевого поведения [48]. Сильная озабоченность пациента едой и поведением, с ней связанным, приводит лишь к еще большему отстранению его от происходящего в собственном внутреннем мире. Проблема РПП по С. Holman –проблема идентичности, ощущения себя и отношения к миру, но не конкретно отношения с едой, которые являются лишь видимым следствием.

**1.3.6 Социокультурные причины**

В западной культуре масс-медиа изобретают и воспроизводят нормативные представления, образы и модели поведения, связанные с едой, питанием и внешностью, навязывают представления о красивом и уродливом, привлекательном и непривлекательном [39]. СМИ проводят параллель между стройностью с одной стороны и успехом, счастьем, популярностью с другой. Кроме того, питание представляется приятным видом деятельности, удовлетворяющим также и социальные потребности. Последствием такого давления является большое количество женщин, озабоченных питанием и стройностью, которые начинают прибегать к диетам, а это, вероятно, может приводить к эпизодическим нарушениям пищевого поведения.

В научной литературе существует термин «нормативная неудовлетворенность собственным телом», под которой понимается несоответствие образа своего тела идеальному, предложенному культурой [5]. Отсюда рождается желание людей перестроить своё тело под заданный обществом эталон.

По данным нескольких исследований даже кратковременный показ фотографий девушек и мужчин-моделей может вызвать повышение неудовлетворенности своей внешностью, а влияние СМИ на несформированную психику детей и подростков постоянно. Насаждение нереалистичных стандартов внешности связано также с развитием пластической хирургии, для процветания которой важен рост синдрома в массах.

Подростки в своём самоопределении начинают опираться на искусственные эталоны. Юноши и девушки сравнивают себя с экранными образами, естественно, не в свою пользу. Начинается выискивание у себя недостатков – реальных и мнимых, а так как пропагандируемый «идеал» является далеким от того, что является реально существующим и соответствующим критериям здоровья, то удовлетворение свое внешностью в принципе становится маловозможным. Вследствие этого развивается заниженная самооценка и недовольство своей внешностью.

В 60-70 года прошлого века расстройства пищевого поведения представлялись как культурно-зависимые. Исследователи того времени связывали увеличение частоты случаев РПП с увеличивающимся влиянием социально-культурных норм. Влияние норм проявлялось в возрастании значения стройности, молодости, достижений, женского самоопределения и индивидуализма. При этом рассмотрению подлежали лишь те культуры и те общества, которые имели указанные выше особенности. Таким образом, утверждалось, что РПП должны изучаться в тесной связи с культурным контекстом.

Действительно, нервная анорексия наиболее распространена в постиндустриальных странах с высоким уровнем доходов – США, европейских странах, Японии, Австралии. В исследованиях, проводимых в США, было выявлено, что большинство страдающих булимией – белые мужчины и женщины [44]. Однако данные о распространенности РПП в странах с низким и среднем уровне доходов неточны. Кроме того, расстройство встречается также и у других этнических групп [44].

Более поздние исследования отходят от рассмотрения РПП, в частности, анорексии, как культурно-зависимых заболеваний. Вероятно, увеличение распространённости РПП в западных странах связано с увеличением количества зарегистрированных случаев в результате работ служб психического здоровья.

Вместо того чтобы полностью минимизировать роль культуры в развитии РПП и отказаться от большого количества литературы с накопленными результатами исследований, многие исследователи предлагают сменить взгляд на роль культуры в развитии РПП. Недавние теории отказываются от рассмотрения РПП как явления, зависимого от географии и экономики, но предлагают рассматривать его как результат взаимодействия многих факторов, в том числе социокультурных и экономических: быстро меняющейся ролью женщины, идеалом стройности в обществе, сдвигом в пищевых привычках, произошедшим в результате увеличения доступности различной еды по всему миру.

Ещё одна попытка рассмотреть вместе пищевые расстройства и культуру связана с использованием концепции «idiom of distress» и перенесении её на сферу расстройств пищевого поведения [52]. Суть этой концепции в том, что люди в разных культурах выражают свое страдание (смысл которого в какой-то степени тоже определяется культурой) и справляются с его последствиями теми способами, которые предлагает сама культура. Таким образом, РПП могут выступать как определённый способ, предлагаемый культурой, для того, чтобы выразить свою боль, справиться с социальным давлением, давлением внешних обстоятельств

Таким образом, нельзя расценивать влияние культуры и социума как единственную причину возникновения РПП, но большинство исследователей сходятся в том, что её воздействие отрицать нельзя. Социокультурные факторы стоит рассматривать как спусковой крючок для появления РПП или как фактор, усугубляющий существующие симптомы заболевания.

**1.3.7 Личностные особенности**

Анализ литературных источников даёт право утверждать, что женщины с нарушениями пищевого поведения имеют ряд определённых личностных особенностей. Однако в литературе нет единого мнения о том, какова взаимосвязь между личностными особенностями и расстройствами пищевого поведения. Часть исследователей считает, что личностные особенности выступают прямым этиологическим фактором в возникновении болезни, другие рассматривают эти особенности как неблагоприятную почву, способствующую возникновению расстройств наряду с другими факторами. Третьи считают, что определённые личностные особенности - следствие развития расстройства. Таким образом, на данный момент нет однозначного взгляда на взаимосвязь психологических характеристик и расстройств пищевого поведения.

Нет сомнений, что особенности личности накладывают свой отпечаток на развитие болезни. После манифестации расстройства психологические особенности продолжают определять течение болезни и проявляются в поведении больного, в его взаимоотношениях с другими людьми и с самим собой.

Женщины с расстройствами пищевого поведения характеризуются повышенным перфекционизмом [11, 58]. Они имеют завышенные притязания, желают достичь идеала в том, что делают, стремятся к совершенству. Пытаются соответствовать нереалистичным ожиданиям других людей и болезненно воспринимают неудачи. При этом больные сами склонны устанавливать для себя нереалистичные цели и долго переживают совершенные ошибки. Перфекционизм находит выражение в прилежности, излишней аккуратности, любви к порядку, пунктуальности, педантичности. Больных расстройствами пищевого поведения описывают как добросовестных и послушных.

Больные могут с одной стороны иметь эпилептоидные черты, истерический радикал и вытекающие из этого особенности − неустойчивость, повышенную возбудимость, эмоциональность, а с другой стороны − шизоидные черты, застенчивость, тревожность, неуверенность, неустойчивую самооценку [26].

В литературных источниках отмечается чувство неэффективности: разочарование, переживание внутренней пустоты, бессмысленности, бессилия, неспособности контролировать свою жизнь и окружающий мир, чувство одиночества, страх потери контроля [11].

В сфере социальных взаимодействий наблюдается отстраненность в контактах с близкими, предпочтение социальным контактам уединения, стремление проводить время наедине с собой. Характерны проблемы в налаживании межличностных отношений, недостаточная контактность, дискомфорт, чувство беспокойства при взаимодействии с другими. А. Н. Олейников называет это «ограниченностью средств аффективного взаимодействия». Дополняется вышеперечисленное ранимостью в эмоциональной сфере, сенситивностью, низкой фрустрационной толерантностью.

Отмечают также ослабленную чувствительность к интероцептивным сигналам, в том числе в распознавании голода и насыщения. При этом характерна повышенная фиксация на болевых ощущениях. Больные испытывают трудности в описании собственных ощущений, а также эмоций (алекситимия) [14, 42, 53].

Упоминаются также низкая самооценка и сильное расхождение «Я-реального» и «Я-идеального», ригидность в поведении, недостаточная спонтанность самовыражения, противоречащие тенденции – желание самоутверждения с одной стороны и несамостоятельность в принятии решений с другой. В анамнезе часто прослеживаются негативно окрашенные воспоминания из детства, связанные с приемом пищи.

Таким образом, у людей, страдающих расстройствами пищевого поведения, прослеживаются определенные личностные качества, которые в своё время могли выступить как благодатная почва для развития РПП.

**1.4** **Основные понятия в системе отношений «родитель-ребенок»**

Обращаясь к теме семьи и её влиянию на развитие ребёнка, стоит остановиться на понятийном аппарате этой темы. Наиболее активно используются следующие понятия, характеризующие сферу родитель-ребёнок: родительское отношение, стиль детско-родительского взаимодействия, стиль семейного воспитания, родительские установки [6].

**Родительское отношение**. Е.С.Шеффер и Р.А.Белл, изучая родительское отношение, предложили двухфакторную модель, включающую в себя эмоциональный фактор (ненависть – любовь) и поведенческий фактор (контроль-автономия) [16]. А. Я. Варга предлагает рассматривать родительское отношение как многомерное образование, в котором присутствуют три компонента: эмоциональное принятие (или отвержение), контроль ребёнка и формы этого контроля, межличностная дистанция в общении с ребёнком [3]. Выделенные А.Я. Варгой компоненты можно рассматривать как эмоциональный, оценочный и поведенческий, однако большинство авторов, в том числе А. А. Бодалев и В. В. Столин, придерживаются мнения, что понятие «родительское отношение» включает в себя в первую очередь эмоционально-ценностное содержание [32]. Таким образом, родительское отношение можно представить в виде континуума, где на одной стороне безусловное принятие ребёнка, а на другом открытое эмоциональное отвержение. В качестве синонимичного «родительским отношениям» понятия используют термин «родительские чувства».

**Стиль воспитания.** На основе родительского отношения строится стиль воспитания. Под стилем воспитания понимают выражение отношений к ребёнку через конкретные способы и методы педагогического воздействия [23]. Стиль воспитания условно считается поведенческим компонентом системы детско-родительских взаимодействий. К стилю воспитания можно отнести количество уделяемого ребёнку внимания, степень удовлетворения его потребностей, последовательность или непоследовательность воспитания, количество санкций и выдвигаемых требований. Родственным «стилю воспитания» понятием является «стиль детско-родительского взаимодействия».

**Родительские установки.** Под родительской установкой понимают особое неосознаваемое психологическое состояние, выражающееся в готовности действовать определённым образом на основе представления о родительстве и воспитании [30]. Родительские установки относят к когнитивному компоненту. Ещё одним понятием, относящимся к когнитивным характеристикам, является «родительская позиция». Родительская позиция, в отличие от родительской установки, характеризуется большей обобщенностью и интегрированностью, включает в себя не только установки, но и образ ребёнка, образ себя как родителя [6].

Очевидно, что существует многообразие терминов, описывающих сферу родитель-ребёнок. Разные авторы наполняют указанные выше термины разным значением, из-за чего эти термины часто используются как взаимозаменяемые. Неоднозначность содержания и употребления терминологического аппарата отражает разнообразие подходов к изучению детско-родительских отношений. В данной работе в качестве широкого, интегрального понятия, включающего в себя разные компоненты системы родитель-ребёнок, используется понятие «отношения с родителями» или «детско-родительские отношения».

Понятие «отношение» наиболее разработано в отечественной психологии в рамках «психологии отношений», известными представителями которой являются А.Ф. Лазурский, В.Н. Мясищев, А.А. Бодалев. По В. Н. Мясищеву, отношения представляют собой «сознательную, избирательную, основанную на опыте, психологическую связь с различными сторонами объективной реальности, выражающуюся в действиях, реакциях и переживаниях» [24, с. 51] и являются ядром личности человека. Эта система вытекает из всей истории развития человека, она выражает его личный опыт и внутренне определяет его действия, особенности восприятия действительности, его переживания. В этой системе Мясищев выделяет аффективный, когнитивный и поведенческий компонент и указывает, что отношения с людьми всегда являются взаимоотношениями.

Таким образом, отношения с родителями стоит рассматривать как интегральный компонент, родственный понятию детско-родительские отношения и взаимозаменяющий его. Понятие «отношения с родителями» включает в себя эмоции, чувства, оценки, убеждения родителей по отношению к своим детям, а также чувства, эмоции, ожидания, поведение детей по отношению к родителям.

**1.5** **Влияние семьи на психическое развитие ребенка**

Роль семьи в развитии и формировании личности ребёнка огромна. Именно отношения с родителями закладывают фундамент будущих социальных связей ребёнка и определяют их особенности. Через отношения с родителями ребёнок формирует отношение к миру, к другим людям и к самому себе. А. Ф. Лазурский отмечал, что то, каким будет человек, какими личностными свойствами будет обладать, во многом определяется его отношениями с окружающими людьми и миром в целом [8]. Далее эту идею активно развивал В. Н. Мясищев.

Психоаналитическое направление уделяло много внимания раннему опыту взаимодействия детей с родителями. З. Фрейд считал, что большинство проблем человека во взрослом возрасте, его внутренних конфликтов, нарушений функционирования так или иначе связаны с отношениями с родителями в детском возрасте и могут последними объясняться. Представители детского психоанализа подробнее раскрывали эти идеи в своих работах. Французский психоаналитик Ф. Дольто настаивала на рассмотрении трудностей, возникающих у детей, через особенности их родителей [35].

Дж. Боулби и М. Эйнсворт уделяли внимание взаимодействию ребёнка с матерью в ранние годы [35]. Надежность или ненадёжность эмоциональной связи во многом определяет поведение ребёнка, его инициативность и уверенность. Были выделены три типа привязанности:

1. небезопасный избегающий тип привязанности (формируется, если мать проявляет эмоциональное отвержение по отношению к ребёнку, холодность, требовательность)
2. безопасная привязанность (если мать чувствительна, заботлива, внимательна к ребёнку)
3. тревожно-амбивалентный (когда поведение матери непоследовательно, неустойчиво, непредсказуемо)

Гуманистическое направление подчеркивало важность принятия ребёнка родителями, эмпатии, безусловного принятия, искренности эмоций, открытости, взаимного уважения в семье [8]. Благополучные семейные условия составляют основу для воспитания здоровой личности. При этом стоит отметить, что ребёнок выступает не как объект, а как активный субъект детско-родительских отношений. Он осмысливает себя, свою семьи, определяет своё отношение к ней, ведёт себя определённым образом в соответствии с этим отношением и способен влиять на поведение родителей и их отношение к нему.

Существует два подхода к изучению детско-родительских отношений [3]. Первый – клинический, направлен на изучение негармоничного родительского воспитания, которое, в свою очередь, может приводить к разнообразным невротическим и психосоматическим нарушениям. Среди представителей первого подхода можно выделить А.И. Захарова, Э.Г. Эйдемиллера, А.С. Спиваковскую. Второй подход – аналитический – направлен на изучение различных характеристик детско-родительского взаимодействия в норме. Представителями второго подхода выступают Е.С. Шеффер, А.Я. Варга, D. Baumrind.

Деструктивный стиль отношения к ребёнку, негармоничное родительское воспитание часто приводит к психосоматическим расстройствам и невротизации детей. Э.Г. Эйдемиллер и В.В. Юстицкис [38], изучая непсихотические нарушения у детей, выделили следующие стили воспитания: гипер- или гипопротекцию, чрезмерность (или недостаточность) требований-обязанностей и требований-запретов, чрезмерность или недостаточность санкций, неустойчивость стиля воспитания, потворствование или игнорирование потребностей ребенка. Они также предложили типы негармоничного семейного воспитания: эмоциональное отвержение, повышенная моральная ответственность, жестокое обращение, гипопротекция, гиперпротекция (потворствующая и доминирующая).

* + 1. *Гипопротекция:* характеризуется недостатком интереса и заботы со стороны родителей, неприятием особенностей ребёнка, его чувств и переживаний. Ребёнок, не получивший достаточно внимания и заботы со стороны родителя в детстве, может испытывать чувство одиночества, стать недоверчивым и подозрительным в отношениях с другими людьми. Он привыкает все делать сам и с трудом доверяет другим людям.
    2. *Гиперпротекция:* характеризуется чрезмерной родительской опекой, которая может сочетаться с эмоциональным отвержением ребёнка. Потворствующая гиперопека создаёт культ ребёнка в семье, родители стремятся к удовлетворению любых его потребностей. Когда ребёнок выходит из семьи и сталкивается с реальным миром, у него возникает конфликт между ожидаемым и реальным. Конфликт проявляется в виде агрессивности, недоверчивости или большой зависимости от окружения. Доминирующая гиперпротекция характеризуется амбивалентностью отношений к ребёнку. Ребенок в этом случае вырастает незрелым, неприспособленным к жизни, испытывающим трудности в принятии собственных решений. Результатом доминирующей гиперпротекции может стать развитие ипохондрических тенденций.
    3. *Гиперсоциализирующий тип воспитания.* Родитель постоянно ставит перед ребёнком ориентиры в виде долга, обязанностей, норм, правил и совершенно не считается с возрастными и психологическими особенностями ребёнка, его интересами и способностями. Ориентиром для родителей выступает внешнее окружение и его требования, а не желания, чувства, переживания, собственного ребёнка. В такой семье ребёнок вырастает тревожным, неуверенным, стремящимся к перфекционизму.
    4. *Жестокое обращение.* Родители применяют жесткие санкции и наказания при минимуме поощрений, отношения в семье характеризуются холодностью, эмоциональным отвержением, враждебностью. Возможно открытое проявление жестокости в виде насилия. Подобный опыт взаимодействия становится для ребёнка источником психологических травм.
    5. *Эмоциональное отвержение:* характеризуется отсутствием заботы и интереса со стороны родителей, нередко грубым обращением с ребёнком. Эмоциональное отвержения приводит к тому, что ребёнок замыкается в себе или вынужден искать отдушину, которой нередко становятся разного рода компании.

Д. Баумринд выделяла следующие стили семейного воспитания [10]:

1. Авторитарный - родители подчиняют ребёнка своей воли, контролируют, принимают решение за него, ограничивают самостоятельность, не проявляют душевной близости. Дети вырастают несамостоятельными, испытывают чувство вины и страха, проявляют недоверчивость, враждебность, настороженность.
2. Демократический – родители поощряют самостоятельность ребёнка, учат его нести ответственность за свои поступки. Решения, касающиеся ребёнка, принимают совместно с ним, его мнение учитывается.
3. Попустительский – отсутствие любых ограничений и запретов для ребёнка в семье. Результатом становится невыполнение детьми требований родителей, вседозволенность, Дети неспособны учитывать интересы других, нести ответственность за свои действия. Отсутствие правил в семье приводит к отсутствию чувства безопасности у ребёнка.

Существует множество других классификаций стилей семейного воспитания (Б.Н.Алмазова, Г.П. Бочкаревой, В. Исаакович Гарбузова и др.).

А.Е.Личко в характеристиках семьи выделял не только функциональные особенности, но и структурный состав, который взаимосвязан с функциональными особенностями и может преломлять их [2].

Е.О. Смирнова и B.C. Собкина указывают, что дети из неполных семей в отличие их сверстников из полных, имеют некоторые негативные психологические особенности, связанные с недостатком эмоциональной поддержки в семье, такие как неуверенность в себе, низкая самооценка, трудности в выражении чувств, сложности в установлении и поддержании близких отношений [34]. Однако перечисленные выше личностные особенности встречаются и у детей в полных семьях.

Система детско-родительских отношений динамична и по мере взросления ребёнка изменяется. По мере роста и взросления ребёнок всё больше начинает стремиться к независимости, родитель должен помочь ребёнку обрести независимость, предоставив ему больше автономии. С другой стороны родитель пытается сохранить связь с ребёнком, ужесточает старые формы воздействий, проявляет ригидность вместо пластичности [28]. Противоположные тенденции становятся источником конфликта, успешное разрешение которого становится необходимым условием гармоничных взаимоотношений в семье.

О связи личностных особенностей ребёнка с порядком его рождения в семье и наличии у него сиблингов впервые заговорил А. Адлер [1]. Первые дети консервативны, являются носителями традиций в семье, стремятся к власти и лидерству, средние дети честолюбивы, склонны к соперничеству, направлены на достижения, младшие дети страдают чувством неполноценности или вырастают легкомысленными и безответственными. Т. В. Андреева подчеркивает роль сиблингов в развитии навыков межличностного общения [2].

Единственные дети в зависимости от семьи могут быть с неадекватной самооценкой, слишком самоуверенными, а с другой стороны несамостоятельными, инфантильными, эгоцентричными. Разным по возрасту детям в семьях часто предоставляются разные требования и условия, единственный ребёнок же получает максимум эмоциональных проявлений родителей, как позитивных, так и негативных.

Обеспечение благополучия ребёнка – одна из важных функций семьи. Деструктивные взаимодействия в семье, дисгармоничные типы воспитания и их последствия накладывают отпечаток на развитие и формирование личности ребёнка.

**Резюме по теоретической части**

Под пищевым поведением понимают «ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, ориентация на образ собственного тела и деятельность по его формированию» [22, с. 103]. Пищевое поведение зависит от многих факторов и условно делится на здоровое и патологическое (девиантное). К девиантному пищевому поведению относятся субклинические и клинические формы нарушения приёма пищи.

Расстройства пищевого поведения характеризуются стойкими нарушениями питания или связанного с ним поведения, приводящими к изменениям потребления или поглощения пищи и существенно ухудшающими физическое здоровье и психосоциальное функционирование пациента. Основными и наиболее распространёнными нарушениями пищевого поведения являются нервная анорексия и нервная булимия, которые характеризуются озабоченностью весом собственного тела и его постоянным контролем, искажением образа собственного тела и изменением ценности питания в иерархии ценностей.

В настоящее время принято рассматривать расстройства пищевого поведения как многофакторные расстройства. Среди факторов выделяют: физиологические/биологические, генетические, социокультурные, семейные факторы, а также влияние психотравмирующих событий, личностных особенностей. Характер взаимодействия факторов остаётся по-прежнему открытым вопросом. Считается, что психологические социокультурные факторы усиливают расстройства или провоцируют их появление. Изучение психологических факторов содержит в себе множество трудностей.

Женщины с нарушениями пищевого поведения характеризуются перфекционизмом, ощущением невозможности контролировать свою жизнь, сенситивностью, отстранённостью в контактах с окружающими, ригидностью, низкой самооценкой, трудностями в распознавании сигналов тела.

Существует многообразие терминов, описывающих сферу «родитель-ребёнок». Наиболее активно используются понятия: родительское отношение, стиль детско-родительского взаимодействия, стиль семейного воспитания, родительские установки. Четкого различения между этими терминами нет, разные авторы используют их в разном значении. Обобщающим интегральным понятием выступает «отношения с родителями» (или детско-родительские отношения), которое включает в себя эмоции, чувства, оценки, убеждения родителей по отношению к своим детям, а также чувства, эмоции, ожидания, поведение детей по отношению к родителям.

Семья играет огромную роль в развитии ребёнка, во многом определяя особенности его личности, закладывая фундамент его будущих социальных связей. Каждое из направлений психологии, будь то психоанализ, бихевиоризм или гуманистическая психология, рассматривали влияние семьи на развитие ребёнка. Гармоничные, уважительные отношения в семье благоприятно сказываются на развитии ребёнка, формировании его личности, обеспечивая его психическое здоровье. Нарушенные, деструктивные взаимодействия в семье накладывают особый отпечаток на ребёнке, формируют определённые личностные качества и могут приводить к разнообразным невротическим и психосоматическим нарушениям.

Данные о конкретных семейных характеристиках, полученные, в основном, в прошлом веке, указание некоторыми авторами на невоспроизводимость результатов исследований роли семейных характеристик в формировании РПП, повышенное внимание зарубежных исследователей к генетическим и биологическим факторам при существующем биопсихосоциальном подходе, а также разнообразие точек зрения на роль семейного воспитания как возможную причину развития РПП подтолкнули нас к исследованию взаимосвязи между выраженностью признаков расстройств пищевого поведения и отношениями с родителями девушек-подростков.

**ГЛАВА 2. МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**2.1 Предмет и объект исследования**

**Объект исследования**: девушки-подростки с разной выраженностью признаков расстройств пищевого поведения.

**Предмет исследования**: особенности пищевого поведения.

**2.2 Описание выборки**

В исследовании приняли участие 144 девушки. Средний возраст респонденток (таблица 1) составил 17,16 лет (при стандартном отклонении 3,79). Минимальный возраст составил 13 лет, максимальный – 21 год. Большинство респонденток (67,4%) выросли в полной семье и имели братьев или сестёр (61,8%).

**Таблица 1** – Характеристики выборки исследования

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Характеристики выборки | | Частота | Проценты |
| Семья | полная | 97 | 67,4 |
| не было отца | 41 | 28,5 |
| не было матери | 6 | 4,2 |
| Наличие отчима/мачехи | был отчим | 26 | 18,1 |
| была мачеха | 4 | 2,8 |
| не было (неполная семья) | 17 | 11,8 |
| не было (полная семья) | 97 | 67,3 |
| Порядок рождения в семье | единственный ребёнок | 55 | 38,2 |
| младший ребёнок | 36 | 25,0 |
| средний ребёнок | 11 | 7,6 |
| старший ребёнок | 42 | 29,2 |

Электронный вариант анкеты с опросниками в виде гугл-формы был размещен в интернете в различных группах на сайтах: vk.com, diary.ru, в том числе в группах, посвященных анорексии и булимии. Этим объясняется большое (практически 50%) количество девушек с выраженными признаками РПП в выборке данного исследования. Тема исследования при его размещении заранее не обозначалась, чтобы не создать у респонденток установку перед прохождением и чтобы на исследование откликнулись не только те люди, кто "увлечён" темой расстройств пищевого поведения.

Критериями отбора девушек для участия в исследовании были отсутствие диагнозов из группы расстройств пищевого поведения (не стоящие на учёте в стационаре) и проживание в детском и подростковом возрасте хотя бы с одним из родителей (девушки, проживающие с родственниками или выросшие в интернате, в выборку не включались). Постановка диагноза, наблюдение девушки в стационаре, посещение психиатра или психотерапевта, то есть признание её заболевания специалистом, может сильно повлиять на отношение родителей к ребёнку. Известно, что в семьях с больным ребёнком родители практически в 80% случаев реализуют воспитание по типу гиперопеки, изменяется и вся структура взаимодействий в семье [7].

**2.3 Обоснование подбора выборки**

Статистика указывает, что характерный возраст манифестации расстройств пищевого поведения приходится на подростковый период [33]. Пик частоты возникновения булимии приходится немного позже, чем анорексии. Подростковый возраст - период роста и развития человека, который следует после детства и длится по данным ВОЗ от 10 до 19 лет (по другим классификациям границы могут варьироваться). За последнее столетие нижняя граница подросткового возраста существенно снизилась, что связано с более ранним наступлением половой зрелости и акселерацией. Кроме того, во многих странах отмечается тенденция к увеличению верхней границы, вплоть до 20-21 года. В 18 лет немногие девушки становятся самостоятельными и сепарируются от родителей, как финансово, так и эмоционально. Особенностями российского менталитета является длительное проживание детей с родителями, что подразумевает продолжающееся влияние родителей на своих детей.

**2.4 Цели и задачи исследования**

**Цель исследования** заключается в изучении взаимосвязи между выраженностью признаков расстройств пищевого поведения и отношениями с родителями девушек-подростков.

Были сформулированы следующие **задачи исследования**:

1. исследовать связь конкретных характеристик воспитания с выраженностью признаков расстройств пищевого поведения;
2. исследовать различия в сфере детско-родительских отношений у разных по уровню выраженности РПП групп девушек-подростков;
3. провести качественный анализ ответов респонденток с выраженными признаками РПП на вопросы, связанные с оценкой взаимоотношений с родителями;
4. исследовать связь между выраженностью признаков РПП и а) порядком рождения в семье, б) типом семьи;
5. подтвердить имеющиеся в литературе данные о психологических характеристиках, связанных с РПП.

**2.5 Гипотезы исследования**

В результате проведенного анализа литературных источников были сформулированы следующие гипотезы исследования:

1. Выраженность признаков РПП связана с деструктивными формами детско-родительских взаимодействий;
2. Отношения с матерью в большей степени, чем отношения с отцом, связаны с наличием признаков РПП;
3. Тип семьи (полная - неполная) и порядок рождения в семье связаны с выраженностью признаков РПП/

**2.6 Математические методы обработки**

Основными методами статистической обработки данных явились:

1) методы первичной описательной статистики (средние и стандартные отклонения); 2) построение таблиц сопряженности и сравнение процентных распределений по хи-квадрату Пирсона, 3) сравнение средних значений для независимых выборок по U-критерию Манна-Уитни, 4) корреляционный анализ по критерию Спирмена, 5) качественный анализ высказываний.

Обработка количественных данных проводилась с помощью пакета программ статистической обработки данных IBM SPSS Statistics 23.

Достоверность результатов работы обеспечивается соблюдением нормативов теоретического и эмпирического исследования, четким определением предметной области, целей и задач исследования, стандартизированных и обоснованных эмпирических методов сбора данных, использованием методов статистической обработки данных.

**2.7 Методы исследования**

Методический инструментарий образуют: 1) авторская анкета, составленная под цели и задачи исследования; 2) «Шкала оценки пищевого поведения» (ШОПП) в адаптации О.А. Ильчика, С.В. Сивухи, О.А. Скугаревского, С. Суихи [11]; 3) Опросник «Подростки о родителях» (ПОР) в адаптации Л. И. Вассермана, И. А. Горьковой, Е. Е. Ромицыной [4]; 4) Методика «Родителей оценивают дети» (РОД) И.А. Фурманова и А.А. Аладьина [37]; 5) Методика Незаконченные предложения Дж. Сакса и С. Леви [27, 31].

*1) Авторская анкета.*

В соответствии с целью и задачами исследования был составлена анкета (полный текст анкеты представлен в Приложении Д). Анкета включает в себя вопросы, направленные на изучение порядка рождения, типа семьи, отношений с родителями (оценка и удовлетворенность). Анкета носила анонимный характер. Данные по анкете подвергались частотному анализу.

*2) «Шкала оценки пищевого поведения» (ШОПП) в адаптации О.А. Ильчика, С.В. Сивухи, О.А. Скугаревского, С. Суихи* (содержание методики представлено в Приложении А).Оригинальный опросник «Eating Disorder Inventory» (EDI) был впервые опубликован в 1983 году D.M. Garner, M.P. Olmstead, J.P. Polivy. Методика представляет собой скрининговый инструмент для выявления признаков анорексии и булимии. Опросник позволяет отделить здоровых людей от лиц с серьёзными нарушениями, а также от людей с субклинической формой расстройства. Стандартизация методики происходила на выборке в 230 студентов и 42 больных с РПП. ШОПП представляет собой 51 вопрос и 7 субшкал, первые 3 из которых направлены на выявление риска расстройств пищевого поведения (оценка физиологических и поведенческих симптомов), а остальные 4 шкалы на определение личностных характеристик связанных с нарушениями в пищевом поведении:

1. «Стремление к худобе»: сильно выраженные переживания по поводу своего веса и фигуры, действия, направленные на похудение, достижение «идеальной» формы
2. «Булимия»: чередование эпизодов переедания и дальнейшего очищения через рвоту, внутреннее желание, побуждение к подобным действиям
3. «Неудовлетворенность телом»: оценка своего тела или некоторых его частей как некрасивых, слишком толстых, общая неудовлетворенность своей внешностью
4. «Неэффективность»: неудовлетворенность своей жизнью и ощущение неспособности влиять на неё или контролировать
5. «Перфекционизм»: стремление к идеалу, совершенству, завышенные ожидания и притязания
6. «Недоверие в межличностных отношениях»: отстраненность в общении с окружающими
7. «Интероцептивная некомпетентность»: неспособность отличить чувство голода от насыщения

Респонденту необходимо выразить степень своего согласия или несогласия с приведенными утверждениями по 6-бальной шкале: никогда – 0 баллов, редко – 0 баллов, иногда – 0 баллов, часто – 1 балл, очень часто – 2 балла, всегда – 3 балла. Некоторые утверждения имеют обратную оценку. Обработка проводилась подсчетом баллов по 7 шкалам в соответствии с ключом (Приложение А, Таблица А.1).

*3) Опросник «Подростки о родителях» (адаптация Л. И. Вассермана, И. А. Горьковой, Е. Е. Ромицыной).* Опросник представляет собой русскоязычную адаптацию методики чехословацких авторов Э. Матейчика и П. Ржичана ADOR , первичной основой которой является опросник «Child's Report of Parental Behavior Inventory», предложенный E.Schaefer в 1965 году.

Методика предназначена для диагностики детско-родительских отношений и позволяет изучить, как подростки воспринимают поведение своих родителей и их воспитательное воздействие (содержание методики представлено в Приложении Б). Результаты методики раскрывают отношение и субъективное восприятие детьми воспитательной практики родителей. Методика «Подростки о родителях» была стандартизирована на выборке 400 человек. Методика представляет собой 51 вопрос и 5 шкал, которые по-разному интерпретируются в зависимости от пола ребёнка и родителя, которого они оценивают:

1. «позитивный интерес»: заботливое, теплое и открытое отношение к ребёнку со стороны родителя, помощь и достаточное внимание. Авторы опросника обращают внимание на то, что при оценке матери дочерью возможна ещё одна трактовка шкалы: положительное принятие часто описывается подростками-девочками как отношение как к маленькому ребёнку, который постоянно требует заботы, внимания, который без посторонней помощи ничего не может сделать сам.
2. «директивность»: излишний контроль со стороны матери, реализация ей своей власти, игнорирования мнения ребёнка; навязывание норм морали со стороны отца, введение большого количества запретов и правил.
3. «враждебность»: дистанцирование в общении с ребёнком, подозрительное отношение, отгороженность, возвышение матери над ребёнком; холодность, отвержение и сверхтребовательность со стороны отца
4. «автономность»: отсутствие заботы о ребёнке со стороны матери, отсутствие интереса к его требованиям и желаниям, снисхождение, безучастность в воспитании; индифферентность отца, отсутствие заинтересованность в происходящем в семье, равнодушие, игнорирование потребностей ребёнка
5. «непоследовательность»: переход от одного стиля воспитания к другому или от принятия к отвержению

Опросник заполняется отдельно для матери и для отца. Респонденту необходимо выразить степень своего согласия или несогласия с приведенными утверждениями: полностью согласен – 2 балла, частично согласен – 1 балл, не согласен – 0 баллов. Девушки, у которых не было одного из родителей, не заполняли утверждения про отсутствующего родителя.

Процедура обработки методики: обработка проводилась подсчетом баллов по 5 шкалам в соответствии с ключом (Приложение Б, Таблица Б.1). Дополнительно вычисляется фактор близости и фактор критики. Фактор близости представляет собой разность сырых баллов по шкалам «позитивный интерес» и «враждебность». Фактор критики – разность в сырых баллах по шкалам «директивность» и «автономность». Высокие баллы по фактору критики означают сильную заинтересованность ребёнком и тотальный его контроль, а по фактору близости теплое отношение к ребёнку и его принятие.

*4). Методика «Родителей оценивают дети» (РОД) И.А. Фурманова и А.А. Аладьина* (содержание методики представлено в Приложении В). Опросник был создан на основе методики АСВ («Анализ семейных взаимоотношений») Э. Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкиса. Методика позволяет оценить мнение детей о взаимоотношениях с родителями, стиль воспитания ребёнка в семье, а также личностные проблемы родителей, накладывающие отпечаток на процесс воспитания.

Стандартизация методики проводилась на выборке в 1496 человек. Методика включает в себя 120 вопросов и 18 шкал:

1. Гиперпротекция (шкала Г+): ребёнок является центром жизни семьи, ему уделяют слишком много внимания, времени и сил
2. Гипопротекция (шкала Г-).: ребёнок обделен вниманием, родители мало интересуются его жизнью, успехами и проблемами
3. Потворствование (шкала У+): родители балуют ребёнка, стремятся удовлетворить любые его желания и прихоти
4. Игнорирование потребностей ребенка (шкала У-): родители не стремятся удовлетворить потребности ребёнка, в том числе потребность в общении и принятии
5. Чрезмерность требований-обязанностей (шкала Т+): ребёнку предъявляется слишком много требований, которые являются непомерными для него, родители воспитывают в ребёнке повышенную моральную ответственность
6. Недостаточность требований-обязанностей ребенка (шкала Т-): родители не предъявляют ребёнку никаких требований либо их количество чрезвычайно мало
7. Чрезмерность требований-запретов (шкала З+): родители ограничивают свободу ребёнка, контролируют его поведение, препятствуют развитию у ребёнка самостоятельности
8. Недостаточность требований-запретов (шкала З-): отсутствие каких-либо установленных родителями рамок в поведении ребёнка, «можно всё», отсутствие наказаний за несоблюдение запретов
9. Чрезмерность санкций (шкала С+): родители строго наказывают ребёнка даже за незначительные промахи и ошибки
10. Минимальность санкций (шкала С-): отсутствие наказаний со стороны родителей, использование только системы поощрений
11. Неустойчивость стиля воспитания (шкала Н): переход от одного стиля воспитания к другому или от принятия к отвержению
12. Расширение сферы родительских чувств (шкала РРЧ): ребёнок заменяет родителю супруга и становится объектом удовлетворения потребностей одного из родителей
13. Предпочтение в подростке детских качеств (шкала ПДК): восприятие ребёнка родителями как маленького и несамостоятельного, стремление сохранить эти качества у ребёнка
14. Воспитательная неуверенность родителя (шкала ВН): отсутствие авторитета родителей в семье, подчинение ребёнку
15. Фобия утраты ребенка (шкала ФУ): повышенное необоснованное волнение за жизнь и здоровье ребёнка, которое проявляется в воспитании
16. Неразвитость родительских чувств (шкала НРЧ): любовь к ребёнку, желание заботиться, привязанность, чувство долга выражены у родителей слабо
17. Проекция на ребенка собственных нежелательных качеств (шкала ПНК): родители видят в ребёнке отрицательные качества, которые на самом деле присущи им самим
18. Вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания (шкала ВК): столкновение разных взглядов супругов на процесс воспитания ребёнка, при этом целью супругов становится на установление оптимального способа воспитания, а достижение победы в этом споре

Респонденту необходимо выразить степень своего согласия или несогласия с приведенными утверждениями: «согласен» – 1 балл, «не согласен» – 0 баллов. Процедура обработки методики: обработка проводилась подсчетом баллов в соответствии с ключом (Приложение В, Таблица В.1).

5) *Методика Незаконченные предложения Сакса-Леви.* Тест незаконченных предложений Sentence Completion Test (Sacks, Levy) был разработан в 1950 году для изучения специфических кластеров аттитюдов человека или областей его жизни. Методика представляет собой 60 незавершенных утверждения, которые делятся на 15 тем по четыре незаконченных утверждения в каждом. В отечественной психологии используется вариант методики Saks-Sidney, адаптированной в НИИ психоневрологии им. В. М. Бехтерева [31]. Значительных отличий методики Saks-Sidney от методики Сакса-Леви нет.

Для исследования были взяты утверждения, относящиеся к оценке матери и отца, то есть всего 8 утверждений (Приложение Д):

1. Думаю, что мой отец редко...
2. Если бы мой отец только захотел...
3. Я хотела бы, чтобы мой отец...
4. Думаю, что мой отец...
5. Моя мать...
6. Моя мать и я...
7. Считаю, что большинство матерей...
8. Я люблю свою мать, но...

Девушки, у которых не было одного из родителей, не заполняли утверждения про отсутствующего родителя. Обработка утверждений может включать в себя приписывание ответам взвешенных баллов от –2 до +2 (–2 и –1 – конфликтные отношения, 0 – нейтральные, +1 и +2 – положительные), а также качественный анализ ответов. В нашем исследовании мы ограничились качественным анализом высказываний.

**2.8 Разделение выборки на две группы**

Для реализации целей исследования, связанных со сравнением двух групп девушек с разной выраженностью признаков расстройств пищевого поведения, вся выборка была поделена на две группы. Основанием для деления выборки послужили баллы, суммированные по трем шкалам опросника «Шкала оценки пищевого поведения»: «булимия», «стремление к худобе», «неудовлетворенность телом», которые совместно отражают риск нарушений пищевого поведения. Так как распределение баллов по обобщённой шкале значительно отличалось от нормального, деление происходило на основании медианы, равной 27,86. В группу 1 (значения ниже медианы) вошли девушки с невыраженными или слабо выраженными признаками расстройств пищевого поведения, а в группу 2 (значения выше медианы) – со средне или сильно выраженными признаками расстройств пищевого поведения (таблица 2). Для удобства группа 2 условно была названа «риск нарушений пищевого поведения» (РНПП).

**Таблица 2 –** Характеристики группы 1 и группы 2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Характеристики групп | Группа 1 | | Группа 2 «РНПП» | |
| Количество человек | 76 | | 68 | |
| Средний балл по объёдинённой шкале РПП | MD | SD | MD | SD |
| 12,60 | 6,89 | 41,89 | 8,27 |
| Возраст | MD | SD | MD | SD |
| 17,49 | 1,86 | 16,78 | 1,97 |

**ГЛАВА 3. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**3.1 Результаты исследования по всей выборке**

**3.1.1 Корреляции между признаками РПП и опросниками «Подростки о родителях», «Родителей оценивают дети»**

Корреляции вычислялись с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Первые три шкалы опросника «Шкала оценки пищевого поведения» («стремление к худобе», «булимия» и «неудовлетворённость телом») описывают физиологические и поведенческие характеристики, относящиеся к расстройствам пищевого поведения и отражают риск нарушений пищевого поведения. Были вычислены корреляции между выраженностью признаков расстройств пищевого поведения (объединенная шкала, отражающая риск нарушений пищевого поведения - РНПП) и шкалами опросника «Подростки о родителях».

Результаты корреляционного анализа РПП с оценками матери девушками представлены в таблице 3.

**Таблица 3** – Корреляции РПП со шкалами оценки матери опросника ПОР

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Шкалы ПОР | РНПП | |
| r | Знач. |
| Позитивный интерес (мать) | ,418\*\* | **0,000** |
| Директивность (мать) | ,202\* | **0,016** |
| Враждебность (мать) | ,279\*\* | **0,001** |
| Автономность (мать) | −,159 | 0,059 |
| Непоследовательность (мать) | ,188\* | **0,025** |
| Фактор близости (мать) | ,266\*\* | **0,001** |
| Фактор критики (мать) | ,228\*\* | **0,006** |

\* Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

\*\* Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

Наблюдается взаимосвязь на уровне значимости p<0,01 признаков РПП со шкалами «позитивный интерес матери», «враждебность матери», с фактором близости матери и с фактором критики матери, и на уровне значимости p<0,05 со шкалами «директивность матери», «непоследовательность матери». Значимых корреляций между признаками РПП и автономностью от матери нет, но есть тенденция.

Чем сильнее выражены признаки РПП у девушек, тем больше они оценивают свою мать как директивную, враждебную по отношению к ним, критикующую, проявляющую непоследовательность в воспитании, но при этом отмечают близость с матерью и интерес со стороны матери. Шкала «позитивный интерес» при оценке матери дочерью может трактоваться как отношение как маленькому ребёнку, излишняя опека и навязчивость, мешающие самостоятельности ребёнка. Также автор опросника отмечает, что одновременно выраженные «позитивный интерес» и «враждебность» могут свидетельствовать о непоследовательности матери в воспитании.

Результаты корреляционного анализа по отцу представлены в таблице 4. Обнаружена слабая прямая взаимосвязь признаков РПП с критикой отца, и слабая обратная связь с позитивным интересом отца и близостью с ним. Чем сильнее выражены признаки РПП у девушек, тем больше они оценивают своего отца как критикующего и не проявляющего интерес к их жизни и проблемам.

**Таблица 4** – Корреляции РПП со шкалами оценки отца опросника ПОР

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Шкалы | РНПП | |
| r | Знач. |
| Позитивный интерес (отец) | −,204\* | **0,015** |
| Директивность (отец) | ,117 | 0,166 |
| Враждебность (отец) | ,134 | 0,113 |
| Автономность (отец) | −,137 | 0,104 |
| Непоследовательность (отец) | ,092 | 0,275 |
| Фактор близости (отец) | −,206\* | **0,014** |
| Фактор критики (отец) | ,209\* | **0,013** |

\* Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

\*\* Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

Были вычислены корреляции между выраженностью признаков РПП и шкалами опросника «Родителей оценивают дети» (таблица 5). Выраженность признаков РПП значимо коррелирует со шкалами «гиперпротекция», «игнорирование потребностей», «недостаточность требований-обязанностей», «чрезмерность требований-запретов», «чрезмерность санкций», «неустойчивость стиля воспитания», «предпочтение в подростке детских качеств», «воспитательная неуверенность родителя», «неразвитость родительских чувств», «проекция на ребенка собственных нежелательных качеств».

**Таблица 5**– Корреляции РПП со шкалами опросника РОД

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Шкалы | РНПП | |
| r | Знач. |
| Гиперпротекция | ,225\*\* | **0,007** |
| Гипопротекция | ,114 | 0,177 |
| Потворствование | −,127 | 0,132 |
| Игнорирование потребностей | ,264\*\* | **0,001** |
| Чрезмерность требований-обязанностей | −,030 | 0,726 |
| Недостаточность требований-обязанностей ребенка | ,230\*\* | **0,006** |
| Чрезмерность требований-запретов | ,271\*\* | **0,001** |
| Недостаточность требований-запретов | −,079 | 0,349 |
| Чрезмерность санкций | ,182\* | **0,030** |
| Минимальность санкций | −,159 | 0,059 |
| Неустойчивость стиля воспитания | ,209\* | **0,013** |
| Расширение сферы родительских чувств | ,069 | 0,412 |
| Предпочтение в подростке детских качеств | ,348\*\* | **0,000** |
| Воспитательная неуверенность родителя | ,217\*\* | **0,009** |
| Фобия утраты ребенка | ,074 | 0,382 |
| Неразвитость родительских чувств | ,228\*\* | **0,006** |
| Проекция на ребенка собственных нежелательных качеств | ,291\*\* | **0,000** |
| Вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания | ,162 | 0,054 |

\* Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

\*\* Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

Таким образом, чем больше у девушек выражены признаки РПП, тем больше они отмечают излишнюю опеку со стороны матери, которая сочетается с некоторой враждебностью, проявляющейся в виде переноса на ребёнка собственных негативных качеств, неадекватных наказаниях, большом количестве запретов, невнимании к потребностям ребёнка. Признаки РПП связаны с боязнью матери взросления дочери, что в свою очередь может быть связано с воспитательной неуверенностью матерей и неустойчивым стилем воспитания. Недостаточность требований обязанностей может быть связано с излишней опекой матери, недоверием ребёнку значимых, важных дел.

**3.1.2 Корреляции между опросником «Шкала оценки пищевого поведения» и опросником «Подростки о родителях»**

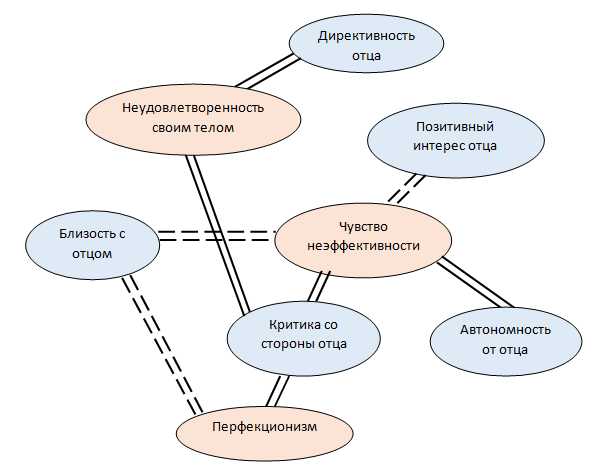
Были вычислены корреляции между всеми шкалами опросника ШОПП и шкалами опросника ПОР. Все значимые корреляции ШОПП со шкалами оценки отца (включаю дополнительные факторы – близости и критики) представлены в таблице 6.

**Таблица 6** – Корреляции ШОПП со шкалами оценки отца опросника ПОР

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Стремление к худобе | Булимия | Неудовлетворенность | Неэффективность | Перфекционизм | Недоверие | Некомпетентность |
| Позитивный интерес  (отец) | −,187\*  *(,025)* | −,170\*  *(,043)* | −,178\*  *(,034)* | −,256\*\*  *(,002)* | −,211\*  *(,012)* | −,182\* *(,031)* | −,179\*  *(,033)* |
| Директивность (отец) | — | — | ,224\*\*  *(,007)* | ,169\*  *(,044)* | ,180\*  *(,032)* | — | — |
| Враждебность (отец) | — | — | ,203\*  *(,015)* | ,186\*  *(,026)* | ,165\*  *(,049)* | — | — |
| Автономность (отец) | — | — | — | ,218\*\*  *(,009)* | −,224\*  *(,007)* | — | −,203\*  *(,015)* |
| Непоследовательность (отец) | — | — | — | — | — | — | — |
| Фактор близости | −, 185\*  *(,028)* | — | −, 214\*  *(,011)* | −,259\*\*  *(,002)* | −,221\*\*  *(,008)* | — | −,206\*  *(,014)* |
| Фактор критики | 188\*  *(,025)* | — | ,222\*\*  *(,008)* | ,234\*\*  *(,005)* | ,263\*\*  *(,002)* | — | ,198\*  *(,018)* |

\* Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя); \*\* на уровне 0,01 (двухсторонняя).

Для наглядности предоставления результатов были построены корреляционные плеяды (Рисунок 1). Так как значимых корреляций между опросниками много, на рисунке представлены только корреляции, значимые на уровне p<0,01.



r > 0, p < 0,01

r < 0, p < 0,01

**Рис. 1** – Корреляции между опросником ШОПП и шкалами оценки отца опросника ПОР, значимые на уровне p< 0,01

Из рисунка видно, что неудовлетворенность своим телом у девушек на высоком уровне значимости связана с директивностью и критикой со стороны отца. Чувство неэффективности также связано с критикой со стороны отца, автономностью от него и обратно − с позитивным интересом со стороны отца и близостью с ним. Перфекционизм прямо связан с критикой со стороны отца, и обратно с близостью с отцом. Можно предположить, что критика и директивность отца способствуют тому, что девушки перестают принимать себя и своё тело в частности. Критика отца может распространяться и на внешность девушек, в результате чего появляется болезненное недовольство своим телом. Индифферентность отца, его безразличие к происходящему с ребёнком, отсутствие интереса и заботы, возможно, приводит у девушек сначала к чувству невозможности повлиять на отца, привлечь его внимание, а потом распространяется и на другие сферы, проявляется в виде ощущения невозможности влиять на свою жизнь и управлять ею.

Все значимые корреляции ШОПП со шкалами оценки матери (включаю дополнительные факторы – близости и критики) представлены в таблице 7.

**Таблица 7** – Корреляции ШОПП со шкалами оценки матери опросника ПОР

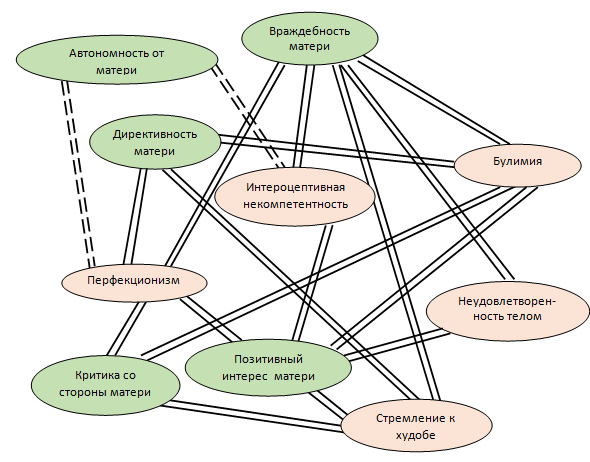
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Стремление к худобе | Булимия | Неудовлетворенность телом | Неэффективность | Перфекционизм | Недоверие | Некомпетентность |
| Позитивный интерес  (мать) | ,392\*\*  *(,000)* | ,411\*\*  *(,000)* | ,295\*\*  *(,000)* | ,203\*  *(,015)* | ,345\*\*  *(,000)* | — | ,456\*\*  *(,000)* |
| Директивность (мать) | ,230\*\*  *(,009)* | ,229\*\*  *(,006)* | ,192\*  *(,022)* | ,184\*  *(,028)* | ,321\*\*  *(,000)* | — | ,173\*  *(,040)* |
| Враждебность (мать) | ,330\*\*  *(,000)* | ,311\*\*  *(,000)* | ,225\*\*  *(,007)* | ,200\*  *(,017)* | ,350\*\*  *(,000)* | ,180\*  *(,035)* | ,242\*\*  *(,004)* |
| Автономность (мать) | — | −0,213\*  *(,011)* | — | −,190\*  *(,024)* | −,404\*\*  *(,000)* | — | −,221\*\*  *(,008)* |
| Непоследовательность (мать) | ,203\*  *(,016)* | — | ,196\*  *(,019)* | ,186\*  *(,028)* | ,180\*  *(,032)* | — | ,165\*  *(,050)* |
| Фактор близости  (мать) | ,219\*  *(,015)* | ,193\*  *(,022)* | — | ,176\*  *(,036)* | ,202\*  *(,016)* | — | ,197\*  *(,019)* |
| Фактор критики (мать) | ,272\*\*  *(,001)* | ,284\*\*  *(,001)* | ,210\*  *(,012)* | ,187\*  *(,026)* | ,421\*\*  *(,000)* | — | ,212\*  *(,011)* |

\*\* Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

\* Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

Значимых корреляций (как на уровне значимости p<0,01, так и p<0,05) опросника ШОПП со шкалами оценки матери опросника ПОР больше, чем со шкалами оценки отца. Если отношения с отцом в большей степени связаны с личностными характеристиками девушек, то отношения с матерью связаны ещё и с признаками расстройств пищевого поведения – булимией, стремлением к худобе, неудовлетворенностью своим телом.

Для наглядности были построены корреляционные плеяды, которые включают в себя только корреляции, значимые на уровне p<0,01 (Рисунок 2).



r > 0, p < 0,01

r < 0, p < 0,01

**Рис. 2** – Корреляции между опросником ШОПП и шкалами оценки матери опросника ПОР, значимые на уровне p< 0,01

Из рисунка 2 видно, что враждебность, директивность, критика, позитивный интерес матери (который в данном случае мы интерпретируем его как отношение как к маленькому несамостоятельному ребёнку, навязчивость матери) тесно связаны со стремлением к худобе, неудовлетворенностью своим телом, булимией, перфекционизмом, интероцептивной некомпетентностью. Автономность от матери обратно связана с перфекционизмом и интерецептивнной некомпетентностью. Слишком сильная близость с матерью, отсутствие личностных границ, возможно, приводит к тому, что девушки плохо различают собственные сигналы тела, не доверяют им, а также стремятся полностью соответствовать требованиям матери.

Таким образом, отношения с отцом и матерью тесно связаны с поведенческими проявлениями, признаками РПП, а также с особыми личностными характеристиками.

**3.1.3 Влияние порядка рождения и типа семьи на выраженность признаков РПП**

Для проверки гипотезы о влиянии порядка рождения в семье и типа семьи на выраженность признаков расстройств пищевого поведения был проведён однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA).

Переменная «порядок рождения в семье» была представлена в виде четырёх градации: младший ребёнок, средний, старший и единственный. Гипотеза о влиянии порядка рождения в семье на выраженность признаков расстройств пищевого поведения не подтвердилась (Критерий Ливиня 0,539 при p=0,656; F=0,183; p=0,908).

В переменной «тип семьи» было выделено 3 градации: полая семья, не была отца, не было матери. Гипотеза о влиянии типа семьи на выраженность признаков расстройств пищевого поведения также не подтвердилась (Критерий Ливиня 0,423 при p=0,656; F=0,361; p=0,698).

После полученных незначимых результатов мы провели несколько сравнений выраженности признаков РПП между парными группами:

1) «девушки - единственные дети» и «девушки, у которых были братья и сестры»

2) «полные семьи» и «неполные семьи»

3) «неполные семьи с замещающим родителем» - «неполные семьи без замещающего родителя».

Значимые различия не обнаружены.

Таким образом, нет оснований утверждать, что тип семьи и порядок рождения оказывает влияние на выраженность признаков расстройств пищевого поведения у девушек-подростков или связаны с ними.

**3.1.4 Влияние уровня враждебности матери на выраженность признаков РПП**

Для проверки гипотезы о влиянии враждебности матери на выраженность признаков РПП испытуемые были поделены на 3 группы в соответствии с выраженностью враждебности матери по опроснику ПОР. Сырые баллы переводились в стандартные, 1-2 стандартных балла – низкая враждебность (29 человек), 3 станд. балла – средняя враждебность (84 человек), 4-5 станд. баллов (25 человек). Всего 138 человек, 6 человек росли без матери.

Критерий Ливиня составил 1,378 при p=0,097. Описательные статистики и результаты множественных сравнений представлены в таблицах 8, 9, 10 и на рисунке 3.

**Таблица 9** - ANOVA

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Сумма квадратов | ст.св. | Средний квадрат | F | Знач. |
| Между группами | 732,243 | 2 | 367,622 | 12,7097 | 0,044 |
| Внутри групп | 16010,623 | 139 | 115,187 |
| Всего | 16745,866 | 141 |  |

**Таблица 10** – Описательные статистики

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Уровень враждебности матери | Кол-во человек | MD по шкале «РПП» | SD |
| низкий | 29 | 21,517 | 9,7087 |
| средний | 90 | 24,778 | 10,5028 |
| высокий | 25 | 29,087 | 12,7097 |

**Таблица 11** – Множественные сравнения

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Враждебность матери | Враждебность матери | Средняя разность | Стандартная ошибка | Значимость |
|
| низкая | средняя | -3,261 | 2,292 | ,366 |
| высокая | -7,570\* | 2,997 | **,044** |
| средняя | низкая | 3,261 | 2,292 | ,366 |
| высокая | -4,309 | 2,508 | ,232 |
| высокая | низкая | 7,570\* | 2,997 | **,044** |
| средняя | 4,309 | 2,508 | ,232 |

\*. Средняя разность значима на уровне 0.05

**Рис. 3** – График средних значений

Группа девушек с низкой враждебностью матери значимо отличается от группы с высокой враждебностью матери по выраженности признаков РПП, и не отличается от группе со средней враждебностью матери. Выраженность расстройств пищевого поведения монотонно возрастает при увеличении враждебности матери (рисунок 3).

**3.2 Результаты по группе с выраженными признаками расстройств пищевого поведения**

**3.2.1 Сравнение ответов двух групп на вопросы авторской анкеты**

С помощью таблиц сопряженности был проведен сравнительный анализ распределения ответов в двух группах девушек по авторской анкете. Результаты показали (таблица 12), что по порядку рождения в семье, по виду семьи (полная - неполная), по наличию заменяющего родителя группы значимо не различаются.

**Таблица 12 -** Распределение ответов по анкете в группе 1 и группе 2

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели | Варианты | Группа 1  n=76 | Группа 2  «РНПП»  n=68 | χ2 / точный критерий Фишера | Знач. |
| Порядок рождения в семье, N (%) | Единственный | 29 (38) | 26 (38) | 0,303 | 0,959 |
| Младший | 19 (25) | 17 (25) |
| Средний | 5 (7) | 6 (9) |
| Старший | 23 (30) | 19 (28) |
| Семья ,N (%) | Полная | 54 (72) | 43 (63) | 1,498\* | 0,486 |
| Не было отца | 20 (26) | 21 (31) |
| Не было матери | 2 (2) | 4 (6) |
| Наличие отчима/  мачехи, N (%) | Был отчим | 9 (12) | 17 (25) | 5,763\* | 0,115 |
| Была мачеха | 1 (1) | 3 (5) |
| Не было (неполная семья) | 12 (16*)* | 5 (7) |
| Полная семья | 54 (71) | 43 (63) |

\* Использован точный критерий Фишера, так как значения в ячейках меньше 5

Распределение ответов (таблица 13) в группах 1 и 2 различается при ответах на вопросы «Считаете ли Вы, что Ваши отношения с родителями хуже, чем у других?» и «Можно ли сказать, что у Вас с матерью близкие отношения?». Девушки с выраженными признаками РПП в целом считают, что их отношения с родителями хуже, чем у других, и реже оценивают свои отношения с матерью как близкие.

**Таблица 13** - Распределение ответов в группе 1 и 2 на вопросы анкеты, касающиеся родителей, N (%)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Вопрос | Полное или частичное «да» (часто и очень часто) | | «Трудно сказать» (иногда) | | Полное или частичное «нет» (редко и никогда) | | χ2 | Значимость |
| Гр. 1 | Гр. 2 | Гр. 1 | Гр. 2 | Гр. 1 | Гр. 2 |
| Привычка делиться заботами с родителями | 17 (22) | 14  (21) | 21  (28) | 15  (22) | 38 (50) | 39  (57) | 0,862 | 0,650 |
| Довольны ли отношениями с родителями | 36 (47) | 21  (31) | 16  (21) | 24  (35) | 24 (32) | 23  (34) | 5,140 | 0,077 |
| Выслушивали негативные комментарии | 38  (50) | 39  (57) | 9  (12) | 3  (5) | 29  (38) | 26  (38) | 2,741 | 0,254 |
| Близкие отношения с отцом | 22  (29) | 12  (18) | 18  (24) | 14  (20) | 36  (47) | 42  (62) | 3,469 | 0,176 |
| Отношения с родителями хуже, чем у других | 20  (26) | 30  (44) | 14  (19) | 18  (27) | 42  (55) | 20  (29) | 9,893 | **0,007** |
| Близкие отношения с матерью | 40  (53) | 24  (35) | 23  (30) | 17  (25) | 13  (17) | 27  (40) | 9,385 | **0,009** |

Девушки с выраженными признаками расстройств пищевого поведения реже обращаются к матери, если их что-то волнует, и реже чувствуют себя безопасно рядом с ней (рис. 4 и рис. 5), чем девушки из группы 1. В категорию «другое» попали ответы: учительница, родители парня, репетитор,

психолог.

**Рис . 4** – Ответы на вопрос «Когда у Вас в детстве, юности возникали какие-то проблемы или переживания, с кем из взрослых Вы предпочитали их обсудить?» в группе 1 и группе 2

**Рис. 5**- Ответы на вопрос «Кто являлся тем старшим человеком, с которым Вы чувствовали себя наиболее хорошо, комфортно в детстве и подростковом возрасте?» в группе 1 и группе 2

**3.2.2 Сравнение средних значений по опроснику «Подростки о родителях»**

Так как распределение данных по шкалам опросника «Подростки о родителях» отличалось от нормального, для сравнения средних значений был использован U-критерий Манна — Уитни. Результаты анализа средних значений по двум группам респонденток по опроснику «Подростки о родителях» показали (Таблица 14, Рис. 6), что между группой 1 и группой 2 наблюдаются значимые различия по шкалам «позитивный интерес матери » и «враждебность матери», а также по фактору критики матери и по фактору близости с матерью. Анализ не показал значимых различий между группами по шкале «директивность» матери, но есть некоторая тенденция. Шкала «позитивный интерес» при оценке матери дочерью может трактоваться как отношение матери к ребёнку как маленькому и несамостоятельному. Одновременно высокие значения в группе девушек с выраженными признаками РПП по шкалам «позитивный интерес» и «враждебность» могут свидетельствовать о непоследовательности матери.

**Таблица 14** – Сравнение рангов группы 1 и 2 по шкалам оценки матери опросника ПОР

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Шкалы ПОР | Группа 1 | Группа 2 «РНПП» | U | Значимость |
| Позитивный интерес матери | 58,41 | 86,15 | 1534,00 | **0,000** |
| Директивность | 65,51 | 78,20 | 2063,50 | 0,066 |
| Враждебность | 63,29 | 80,69 | 1896,50 | **0,012** |
| Автономность | 75,95 | 66,51 | 2178,50 | 0,171 |
| Непоследовательность | 66,42 | 77,19 | 2131,50 | 0,119 |
| Фактор близости | 62,67 | 81,38 | 1850,50 | **0,007** |
| Фактор критики | 64,63 | 79,19 | 1997,50 | **0,035** |

**Рис. 6 -** Средние ранги группы 1 и группы 2 по шкалам оценки матери опросника ПОР

Не обнаружено значимых различий по шкалам опросника, относящимся к отцу (таблица 15).

**Таблица 15** – Сравнение рангов группы 1 и 2 по шкалам оценки отца опросника ПОР

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Шкалы | Группа 1 | Группа 2 | U | Значимость |
| Позитивный интерес | 75,80 | 66,69 | 2190,00 | 0,186 |
| Директивность | 67,88 | 75,55 | 2241,00 | 0,266 |
| Враждебность | 68,70 | 74,63 | 2302,50 | 0,389 |
| Автономность | 74,57 | 68,06 | 2282,00 | 0,345 |
| Непоследовательность | 69,39 | 73,86 | 2354,50 | 0,517 |
| Фактор близости | 74,95 | 67,63 | 2253,50 | 0,289 |
| Фактор критики | 67,09 | 76,44 | 2181,50 | 0,176 |

Таким образом, девушки, у которых выражены признаки расстройств пищевого поведения (группа 2), оценивают свою мать как враждебную и критикующую, но в то же время отмечают заинтересованность матери в них и близость с матерью. Одновременно высокая оценка матери по враждебности и позитивному интересу может указывать на непоследовательность матери. Кроме того, позитивный интерес, по мнению автора опросника, часто трактуется девушками как отношение к ним матери как к маленьким и несамостоятельным. Близость с матерью в сочетании с низкой автономностью может трактоваться как нарушении личностных границ.

**3.2.3 Сравнение средних значений по опроснику «Родителей оценивают дети»**

Так как распределение данных по шкалам опросника «Родителей оценивают дети» оказалось ненормальным, а автор опросника не предложил вариант перевода баллов в стены или стенайны, для сравнения средних значений был использован U-критерий Манна — Уитни.

Обнаружены значимые различия (таблица 16) между группами 1 и 2 по шкалам «гиперпротекция», «игнорирование потребностей», «недостаточность требований-обязанностей», «чрезмерность требований-запретов», «чрезмерность санкций», «неустойчивость стиля воспитания», «предпочтение детских качеств», «воспитательная неуверенность родителя», «проекция на ребенка собственных нежелательных качеств».

**Таблица 16** – Сравнение рангов двух групп по опроснику ПОР

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Шкалы | Группа 1 | Группа 2  «РНПП» | U | Знач. |
| Гиперпротекция | 63,11 | 80,90 | 1883,00 | **0,008** |
| Гипопротекция | 67,69 | 75,77 | 2226,50 | 0,235 |
| Потворствование | 73,15 | 69,65 | 2388,50 | 0,600 |
| Игнорирование потребностей | 64,53 | 79,30 | 1990,00 | **0,028** |
| Чрезмерность требований-обязанностей | 72,11 | 70,82 | 2467,00 | 0,848 |
| Недостаточность требований-обязанностей ребенка | 64,97 | 78,81 | 2023,00 | **0,040** |
| Чрезмерность требований-запретов | 63,65 | 80,29 | 1923,50 | **0,014** |
| Недостаточность требований-запретов | 75,13 | 67,44 | 2240,50 | 0,253 |
| Чрезмерность санкций | 63,61 | 80,34 | 1920,50 | **0,013** |
| Минимальность санкций | 77,71 | 64,54 | 2046,50 | 0,060 |
| Неустойчивость стиля воспитания | 64,16 | 79,72 | 1962,00 | **0,021** |
| Расширение сферы родительских чувств | 69,79 | 73,42 | 2384,00 | 0,576 |
| Предпочтение в подростке детских качеств | 63,80 | 80,12 | 1935,00 | **0,016** |
| Воспитательная неуверенность родителя | 65,08 | 78,69 | 2031,00 | **0,042** |
| Фобия утраты ребенка | 69,24 | 74,03 | 2343,00 | 0,475 |
| Неразвитость родительских чувств | 66,11 | 77,54 | 2108,00 | 0,086 |
| Проекция на ребенка собственных нежелательных качеств | 63,53 | 80,42 | 1915,00 | **0,013** |
| Вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания | 66,95 | 76,60 | 2171,00 | 0,153 |

Таким образом, девушки с признаками расстройств пищевого поведения отмечают излишнюю опеку со стороны матери, которая сочетается с некоторой враждебностью, проявляющейся в виде переноса на ребёнка собственных негативных качеств, неадекватных наказаниях, большом количестве запретов, невнимании к потребностям ребёнка. Мать оценивается как подавляющая самостоятельность девочек, боящаяся их взросления. Последнее может быть связано с воспитательной неуверенностью матерей, ещё одним следствием чего может быть неустойчивый стиль воспитания - частый переход от слишком строгого к мягкому.

**3. 2.4 Сравнение средних значений по опроснику «Шкала оценки пищевого поведения»**

Так как распределение данных по шкалам опросника «Шкала оценки пищевого поведения» отличалось от нормального и перевод в стенайны по таблице автора не исправил эту ситуацию, для сравнения средних значений был использован U-критерий Манна — Уитни. Результаты анализа средних значений по двум группам респонденток по опроснику ШОПП показали (Таблица 18), что между группой 1 и группой 2 наблюдаются значимые различия на уровне p≤0,001 по шкалам «неэффективность», «перфекционизм», «интероцептивная некомпетентность», а также по шкале «недоверие в межличностных отношениях» (p≤0,05). В группе 2 средние значения по всем шкалам оказались выше, чем в группе 1 (рис. 7).

**Таблица 18** – Сравнение групп по шкалам опросника ШОПП, оценивающих личностные характеристики

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Шкалы ШОПП | Группа 1 | Группа 2  «РНПП» | U | Знач. |
| Неэффективность | 53,20 | 91,99 | 1140,00 | **0,000** |
| Перфекционизм | 58,87 | 85,64 | 1565,00 | **0,000** |
| Недоверие в межличностных отношениях | 65,01 | 78,77 | 2025,50 | **0,046** |
| Интероцептивная некомпетентность | 55,00 | 89,97 | 1275,00 | **0,000** |

**Рис. 7 -** Сравнение групп по шкалам опросника ШОПП, оценивающих личностные характеристики

Полученные данные означают, что девушкам, у которых выражены признаки расстройств пищевого поведения, больше свойственно стремление к идеалу, а также чувство отстраненности в общении с окружающими. Девушки испытывают больше трудностей с распознаванием чувства голода и насыщения и переживают ощущение невозможности контролировать свою жизнь. Полученные нами результаты совпадают с данными из литературных источников и результатами предыдущих исследований личностных характеристик людей, имеющих признаки расстройств пищевого поведения или страдающих от этих расстройств.

**3.2.5 Анализ ответов на незаконченные предложения**

Изначально для качественного анализа из методики «Незаконченные предложения» были выбраны 8 утверждений (4 про мать, 4 про отца). После предварительной обработки ответов стало ясно, что 3 из выбранных нами утверждений дают невалидные ответы. На утверждение «*Если бы мой отец только захотел…*» было получено большое количество разнообразных и абстрактных ответов, относящихся к способности отца что-то сделать в своей жизни, но не отражающих личное отношение к отцу. Высказывания «*Считаю, что большинство матерей...*» и «*Я люблю свою мать, но...*» также давали невалидные ответы. В первом случае ответы определяли отношение к другим матерям, и хотя зачастую суждения о других людях исходят из личного опыта человека, сделать точные выводы об отношении девушек к собственной матери сложно. Например, в случае положительного отношения к своей матери другие матери могли оцениваться по принципу контраста, то есть более негативно. Во втором случае «но» провоцировало исключительно негативное продолжение предложенного утверждения. Таким образом, подробному анализу подверглись 3 утверждения про отца и 2 утверждения про мать.

Анализ ответов представлен в приложении Е в таблицах Е.1 и Е.2. Про мать заканчивали утверждения 64 девушки (всего в группе 2 было 68 девушек, 4 девушки росли без матери), а про отца - 47 девушек (всего 68, росли без отца 21).

При ответе на вопрос *«Моя мать и я...»* девушки дали больше негативных ответов (48%), чем положительных (31%). Группа положительных высказываний была преимущественно представлена вариантами ответов «близки» (16% от всех ответов) и «друзья-подруги» (11%). Группа негативных высказываний была преимущественно представлена вариантами ответов «не близки - не ладим» (14%), «ссоримся» (9%), «разные» (9%), «не понимаем друг друга» (8%).

При ответе на вопрос *«Моя мать ...»* девушки также дали больше негативных ответов (53%), чем положительных (36%). Группа положительных высказываний была преимущественно представлена вариантами ответов «добрая - лучшая» (23% от всех ответов), а группа негативных высказываний – «не понимает» (11%) и ответами, которые подразумевали пренебрежительное отношение к матери и негативно оценивали её характеристики (11%).

При ответе на вопрос *«Думаю, что мой отец редко...»* самыми крупными категориями стали ответы: «редко уделяет внимание/время» - 17%, «редко понимает/слышит» – 15,5%, «редко думает обо мне» - 15%, «редко беспокоится/интересуется» - 12,5%. При ответе на вопрос *«Я хотела бы, чтобы мой отец...»* чаще всего встречались ответы: «уделял больше времени, внимания» – 23%, «меньше проявлял агрессию» – 17%, «реже взаимодействовал со мной» - 13%, «не пил»- 13%. Крупные категории в ответе на вопрос *«Думаю, что мой отец...»*: «добрый, хороший» - 21%, «не любит меня» - 15%, агрессивный – 11%. Большинство ответов были негативными, всего 34% были положительными.

Таким образом, при продолжении незаконченных предложений про мать большинство девушек из группы с выраженными признаками РПП давали негативные оценки матерям и отношениям с ними, отмечая, что они часто ссорятся с матерью, что матери их не понимают. При оценке отца большинство ответов также были негативными. Отца оценивают либо как грубого и желают реже контактировать с ним, либо как проявляющего мало внимания и заботы.

**ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ**

Результаты, полученные в нашем исследовании, пересекаются с данными других исследований, частично затрагивающих тему взаимоотношений с родителями людей, имеющих негативный образ собственного тела или страдающих расстройствами пищевого поведения. Так, например, К. Д. Макаршина и С. В. Горбатов [18] в своём исследовании выяснили, что девушки с расстройствами пищевого поведения оценивают свою мать как директивную и чересчур враждебную по отношению к ним, а отца как сверхтребовательного и недружелюбного. Матери также проявляют непоследовательность в поведении, что, как полагают авторы исследования, взаимосвязано с проявлениями у дочери булимии и учащением приступов. Схожие результаты получила Ю. А. Пуховец [29] в исследовании особенностей отношений с матерью у девушек с нервной анорексией. Стоит принимать во внимание влияние самой болезни на внутрисемейные отношения и взаимодействия и их оценку.

Так как особенности поведения родителей строились на основе субъективных оценок респонденток, то возникает вопрос, действительно ли родители девушек проявляют враждебность. При развитии каких-либо расстройств невротического спектра может меняться восприятие реальности, в том числе межличностных взаимодействий. Негативная оценка родителей может быть следствием влияния субклинической формы расстройства или связанных с ним личностных характеристик (например, ощущением невозможности контролировать свою жизнь, низкой самооценкой, трудностями в выражении эмоций и поддержании межличностных отношений). Однако девушки оценивают родителей высоко не по всем негативным шкалам.

Есть исследования, которые строятся именно на самоотчётах родителей о методах их воспитания. Н. М. Кадыралиев с соавторами [12] на основании отчётов родителей получили результаты, свидетельствующие о том, что родители подростков, испытывающие сильную неудовлетворенность своим телом, чрезмерно строги во взаимоотношениях со своими детьми, эмоционально дистанцируются от них, препятствуют их взрослению и развитию их сексуальности. Схожие результаты получили Т. А. Лоншакова и Е. В. Шевкова [17] также на основе самоотчётов родителей: для родителей девушек-подростков с ограничительным пищевым поведением характерна такие особенности воспитания как чрезмерность санкций и неразвитость родительских чувств. Авторы исследования ссылаются на зарубежных авторов – M. Tiggemann [56], R. H. Striegel-Moore и A. Kearney-Cooke [55], которые на основании результатов своих исследований отмечают, что дети строят свои телесные установки на основе высказываний их родителей, особенно мам, а также утверждают, что в подростковом возрасте поддразнивание, эмоциональная отчужденность родителей, чрезмерная строгость в воспитании связаны с более высокими уровнями неудовлетворенности телом, нарушением питания, депрессией и более низкой самооценкой.

Обобщая, можно говорить о том, что деструктивные отношения с родителями и в целом в семье способствуют, наряду с другими факторами, развитию нарушений пищевого поведения. Нарушение границ, строгость, враждебность и отвержение приводит к нечувствительности к своему собственному телу, непринятию себя и своего тела, и как следствие к возникновению саморазрушающего поведения. Отношения с родителями, которые воспринимаются и переживаются девушками болезненно, могут играть роль психотравмирующего фактора. Таким образом, деструктивные отношения с родителями могут выступать как преципитирующий (ускоряющий развитие психических нарушений), предиспонирующий (предрасполагающий к определенным неблагоприятным влияниям среды) и провоцирующий фактор в развитии нарушений пищевого поведения.

**ВЫВОДЫ**

В ходе проведённого исследования были изучены взаимосвязи конкретных характеристик воспитания, а также типа семьи (полная-неполная) и порядка рождения с выраженностью признаков расстройств пищевого поведения. Были исследованы различия в сфере детско-родительских отношений у разных по уровню выраженности признаков расстройств пищевого поведения групп девушек-подростков и проведён качественный анализ ответов респонденток с выраженными признаками расстройств пищевого поведения на вопросы, связанные с оценкой их взаимоотношений с родителями. Дополнительно решалась задача, связанная с подтверждением имеющихся в литературе данных о психологических характеристиках, связанных с расстройствами пищевого поведения.

Гипотеза о связи выраженности признаков расстройств пищевого поведения с деструктивными формами детско-родительских взаимодействий подтвердилась.

Гипотеза, предполагающая, что отношения с матерью в большей степени, чем отношения с отцом, связаны с наличием признаков расстройств пищевого поведения, подтвердилась. Между выраженностью расстройств пищевого поведения и оценкой отца было обнаружены меньше значимых связей, чем с оценкой матери. Отношения с отцом оказались связаны преимущественно с особыми личностными характеристиками, а отношения с матерью показали также связь с поведенческими симптомами, относящимися к РПП (стремлением к худобе, булимией, неудовлетворенностью телом),

Гипотеза о влиянии порядка рождения в семье и типа семьи (полная - неполная) на выраженность признаков РПП не подтвердилась.

Были сделаны **основные выводы**:

1. Выраженность признаков РПП связана с деструктивными типами воспитания и деструктивными отношениями в семье.
2. Девушки с выраженными признаками РПП описывают своих матерей как критикующих, враждебных, непоследовательных и при этом отмечают высокий интерес матери и близость с матерью, что может отражать непоследовательность матери, а также её навязчивость, нарушение личностных границ, поддержание в девушках инфантильных качеств. Отцов девушки описывают как уделяющих мало внимания и заботы, равнодушных, не проявляющих теплого отношения.
3. Девушки с выраженными признаками РПП отмечают излишнюю опеку со стороны родителей и предпочтение родителями в них [девушках] детских качеств, а также игнорирование потребностей, чрезмерность запретов и санкций, проекцию на ребёнка нежелательных качеств, недостаточное количество требований, которое выражается в недоверии девушкам ответственных дел. Все это сочетается с воспитательной неуверенностью родителей, которая проявляется в неустойчивости стиля воспитания.
4. Отношения с матерью в большей степени, чем отношения с отцом, связаны с выраженностью признаков РПП
5. Порядок рождения в семье и тип семьи не связаны с выраженностью признаков РПП
6. Враждебность матери влияет на выраженность признаков РПП
7. Для девушек с выраженными признаками РПП характерны неудовлетворенность своим телом, стремление к идеалу, чувство отстраненности в общении с окружающими. Девушки испытывают трудности в распознавании чувства голода и насыщения и переживают ощущение невозможности контролировать свою жизнь.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Расстройства пищевого поведения являются важным объектом изучения как психологов, так и специалистов из области медицины. Расстройства пищевого поведения характеризуются тяжелыми психологическими и вторичными соматическими нарушениями, а также высокой смертностью.

Изучение возможных причин возникновения расстройств пищевого поведения является актуальным направлением в современных исследованиях. Данные этих исследований могут быть использованы для уточнения патогенетических механизмов, в психотерапии и психологическом консультировании.

Зарубежные исследования, посвященные выявлению факторов, влияющих на развитие РПП, преимущественно направлены на изучение особенностей функционирования мозга больных, на генетические, физиологические, биологические причины. Несмотря на количество увеличивающихся исследований, посвященных особенностям функционирования мозга и изучению физиологических причин, не менее важными факторами являются психологические и социальные. Связь между разными факторами сложная, поэтому следует исходить из биопсихосоциального подхода и рассматривать все факторы совместно.

Целью данной работы было изучить взаимосвязь между детско-родительскими отношениями и признаками расстройств пищевого поведения у молодых девушек, изучить, каким образом семья, воспитывающая девочку-подростка, может влиять на возникновение у неё признаков расстройств пищевого поведения. Цель, поставленная в начале исследования, была достигнута.

В первой главе были рассмотрены понятие пищевого поведения, виды расстройств пищевого поведения, их критерии, различные теории возникновения и причины. Также был проведён анализ разных понятий, характеризующих систему «родитель-ребёнок» и рассмотрены данные о влиянии деструктивных семейных взаимодействий на психическое здоровье детей.

Данное исследование показало связь отношений с родителями и признаков расстройств пищевого поведения, а именно чётко прослеживающуюся взаимосвязь с враждебностью, непоследовательностью матери, критикой с её стороны, с индифферентностью отца, высоким требованиям, запретами, санкциями в семье, неудовлетворением потребностей ребёнка. Конфликты в семье могут способствовать развитию разных нарушений, но специфическими семейными чертами для развития расстройств пищевого поведения являются враждебность матери и её непоследовательность, амбивалентность.

Результаты исследования могут быть полезны при разработке практических программ для девушек, страдающих РПП, и профилактических мероприятий для девушек с субклиническими формами расстройства, а также при планировании психотерапии. Результаты исследования подчеркивают необходимость работы не только с самим пациентом, но и со всей его семьей в рамках семейной психотерапии. Процесс психотерапии должен быть последовательным, в чем-то даже предсказуемым, чтобы дать клиенту возможность пережить новый опыт взаимоотношений и эмоционального принятия. Важно также уделять внимание работе с субъективными представлениями девушек о своей семье и в случае необходимости направлять работу на коррекцию этих представлений.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ**

1. Адлер А. Воспитание детей. Взаимодействие полов / Пер с англ.А.А. Валеева и Р.А. Валеевой. Ростов н/Д: Феникс, 1998. 448 с.
2. Андреева Т. В. Семейная психология: Учеб. Пособие. СПб.: Речь, 2004. 244 с.
3. Варга А. Я. Структура и типы родительского отношения: дис. ... канд. психол. наук. М., 1986. 206 с.
4. Вассерман Л. И., Горьковая И. А., Ромицына Е. Е. Родители глазами подростка: психологическая диагностика в медико-психологической практике. Учебное пособие. СПб.: «Речь»,2004. 256 с.
5. Власова Ж. Н. Идеальный образ физически развитого человека в российской культуре конца XX – начала XXI вв.: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. Культурологи. Чита, 2007. 129 с.
6. Головей Л. А., Савенышева С.С, Василенко В. Е, Энгельгардт Е. Е. К проблеме дифференциации основных понятий в системе отношений «родитель-ребёнок»: теоретический и эмпирический аспекты // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 12. Вып.2. С. 84-95.
7. Добряков И. В., Защеринская О. В. Психология семьи и больной ребенок. Учебное пособие: Хрестоматия. СПб.: Речь, 2007. 400 с.
8. Дубанова В. А. Теоретические подходы к изучению детско-родительских отношений // Вестник Бурятского государственного университета, 2012. №5. С.64-68.
9. Жмуров, В. А. Большая энциклопедия по психиатрии / В. А. Жмуров. - 2-е изд. М. : Джангар, 2012. 864 с.
10. Ильин Е. П. Психология взрослости. СПб.: Питер, 2012. 469 с.
11. Ильчик О. А., Сивуха С. В., Скугаревский О. А., Суихи С. Русскоязычная адаптация методики «Шкала оценки пищевого поведения» // Психиатрия, психотерапия клиническая психология, 2011. №1. С. 39-50.
12. Кадыралиев Н. М., Агеева И. А., Чымырбаева А. М., Булатаева И. Х. Взаимосвязь стилей семейного воспитания и отношения подростков к образу тела // Теоретическая и экспериментальная психология, 2016. Т. 9. № 3. С. 6–16.
13. Келина М. Ю., Маренова Е. В., Мешкова Т. А. Неудовлетворенность телом и влияние родителей и сверстников как факторы риска нарушений пищевого поведения среди девушек подросткового и юношеского возраста // Психологическая наука и образование, 2011. №5. С.44-51.
14. Келина М. Ю., Мешкова Т. А. Алекситимия и ее связь с пищевыми установками в неклинической популяции девушек подросткового и юношеского возраста // Клиническая и специальная психология, 2012. № 2.
15. Коркина, М. В. Нервная анорексия / М.В. Коркина, М.А. Цивилько, В. В. Марилов. Москва, 1986. 172 с.
16. Крайг Г. Психология развития. СПб.: Издательство «Питер», 2000. 992 c.
17. Лоншакова Т.А., Шевкова Е.В. Особенности стиля семейного воспитания у девушек с ограничительным пищевым поведением // Человек в мире. Мир в человеке: актуальные проблемы философии, социологии, политологии и психологии: материалы XVI Междунар. науч.-практ. конф. студ., асп. и молодых ученых. Пермь, 2013. С.551-556.
18. Макаршина К. Д., Горбатов С. В. Особенности отношения к себе и другим людям девушек с расстройствами пищевого поведения // Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ / под ред. А. В. Шаболтас. — СПб.: Изд-во C.-Петерб. ун-та, 2015. С.199-206.
19. Малкина − Пых И. Г. Терапия пищевого поведения / И. Г. Малкина-Пых. М.: Эксмо, 2007. 1040 с.
20. Международная классификация болезней (10-пересмотр): классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике / Всемирная Организация Здравоохранения; ред. Ю. Л. Нуллер, С. Ю. Циркин. СПб. : Оверлайд, 1994. 301 с.
21. Менделевич В. Д. Пищевые зависимости, аддикции — нервная анорексия, нервная булимия // Руководство по аддиктологии. СПб.: Речь, 2007. 25 с.
22. Менделевия В. Д. Психология девиантного поведения. Учебное пособие. СПб.: Речь, 2005. 445 с.
23. Минияров В. М. Психология семейного воспитания (диагностико-коррекционный аспект). М.:Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2000. 256 с.
24. Мясищев В.М. Психология отношений / под ред. А. А. Бодалева. – М.: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОД ЭК», 1995. 356 с.
25. Нартова-Бочавер С. К. Психологическая суверенность личности: генезис и проявления: диссертация ... доктора психологических наук: 19.00.13. - Москва, 2005. 431 с.
26. Олейников А. Н. Особенности сексуального поведения у больных нервной анорексией и булимией // Журнал неврологии и психиатрии, 2000. №5. С.19-22.
27. Пахомов А. П. Методика «Незаконченные предложения» Сакса-Леви как учебное пособие // Экспериментальная психология, 2012. Т. 5. № 4. С. 99–116.
28. Поливанова К. Н. Психология возрастных кризисов. — М.: Академия; 2000. 184 с.
29. Пуховец Ю. А. Особенности отношений с матерью у девушек с нервной анорексией: дипломная работа. СПб., 2016. 94 с.
30. Родители и дети: психология взаимоотношений / под ред. Е. А. Савиной, Е. О. Смирновой. М.:«Когито-центр», 2003. 230 с.
31. Румянцев Г. Г. Опыт применения метода «незаконченных предложений» в психиатрической практике // Исследования личности в клинике и в экстремальных условиях. Л., 1969. С. 266–275.
32. Семья в психологической консультации: опыт и проблемы психологического консультирования / под ред. А. А. Бодалева, В. В. Столина. М.: «Педагогика», 1989. 208 с.
33. Скугаревский, О. А. Нарушения пищевого поведения / О.А. Скугаревский. Минск: БГМУ, 2007. 340 с.
34. Смирнова Е. О., Собкин B. C. Специфика эмоционально-личностной сферы детей, живущих в неполной семье // Вопросы психологии. 1999. №6. С.18-28.
35. Снайдер М. Ребенок как личность: Становление культуры справедливости и воспитание совести: [Пер. с англ.] / Марта Снайдер, Росс Снайдер, Росс Снайдер-мл.; Под ред. и с предисл. В. Кагана. — М. : Смысл ; СПб. : Гармония. 235 с.
36. Справочник по психиатрии: справочное издание/ Сост. В. Д. Москаленко; Под ред. А. В. Снежневского. – 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1985. 416 с.
37. Фурманов И. А., Аладьин А. А., Фурманова Н. В. Психологическая работа с детьми, лишенными родительского попечительства: Книга для психологов. МН.: «ТЕСЕЙ», 1999. С. 174, 210 –216.
38. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Э. Психология и психотерапия семьи. 4-изд. СПб.: Питер, 2008. 672 с.
39. Abraham, S. Eating Disorders. Oxford, GB: Oxford University Press, 2008.
40. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
41. Bachar, E., Samet, Y. Self-Psychology in the Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa // Understanding Eating Disorders. Hauppauge, US: Nova Biomedical. 2011. P. 181-195.
42. Berandis D., Carano A., Gambi F. et al. Alexithymia and its relationships with body checking and body image in a non-clinical female sample // Eating behaviors. 2007. № 8.
43. Brewerton, Timothy D. Eating disorders, trauma, and comorbidity: focus on PTSD // The Journal of Treatment & Prevention. 2007. № 15 (4). P. 285-304. doi:10.1080/10640260701454311
44. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 / American Psychiatric Association. – 5th ed. – Washington, DC; London: American psychiatric publ. 2013. 947 p.
45. Fairburn, C.G., Harrison, P.J. Eating disorders // Lancet. 2003. № 361. P. 407-416.
46. Frank, G.K. et al. Increased dopamine D2/D3 receptor binding after recovery from anorexia nervosa measured by positron emission tomography and [(11) C] raclopride // Biological Psychiatry. 2005. № 58. P. 908-912.
47. Godart, N.T. et al. Anxiety disorders in subjects seeking treatment for Eating disorders: A DSM-IV controlled study // Psychiatry Research. 2003. № 117 (3). P. 245-258.
48. Holman, C. Trauma and eating disorder // Wiley Series in Clinical Psychology: Eating and its Disorders (1). Somerset, GB: Wiley-Blackwell. 2012. P. 139-153.
49. Jean A., Conductier G. Anorexia induced by activation of serotonin 5-HT4 receptors is mediated by increases in CART in the nucleus accumbens // Proceedings of the National Аcademy of sciences of the United States of America. 2007. № 104 (41). P. 16335–16340.
50. Keel, P.K., Klump, K.L. Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology // Psychology Bulletin. 2003. № 129. P. 747-769.
51. Latzer,Y., Merrick , J., Stein, D. Eating Disorders: Diagnosis, Epidemiology, Etiology and Prevention // Understanding Eating Disorders, Hauppauge, US: Nova Biomedical. 2011. P. 1-11.
52. Latzer, Y., Stein, D., Witztum, E. A Historical Background to Current Formulations of Eating Disorders // Understanding Eating Disorders. Hauppauge, US: Nova Biomedical. 2011. P. 61-76.
53. Sim L., Zeman J. The contribution of emotion regulation to body dissatisfaction anddisordered eating in early adolescent girls // Journal of youth and adolescence. 2006. № 2.
54. Stein, D. et al. Familial aggregation of eating disorders: results from a controlled family study of bulimia nervosa // International Journal of Eating Disorders. 1999. № 26. P. 211-215.
55. Striegel-Moore R.H., Kearney-Cooke A. Exploring parent’s attitudes and behaviors about their children’s physical appearence // International Journal of Eating Disorders. 1994. № 15. P. 377–385.
56. Tiggemann M. Body image across the adult life span: stability and change // Body Image. 2004. № 1. P. 29–41.
57. Vered, S., Walter, O.Mother-daughter relationship and daughter’s body image. // Health. 2015. №7 (5). P. 547-559. doi: 10.4236/health.2015.75065
58. Wade, T.D. et al. Shared temperament risk factors for anorexia nervosa: A twin study // Psychosomatic Medicine. 2008. №70. P. 239-244.

**ПРИЛОЖЕНИЕ А**

**Шкала оценки пищевого поведения (ШОПП)**

*Инструкция*: Эта шкала измеряет различные предпочтения, ощущения и поведение. Некоторые пункты имеют отношение к еде и продуктам питания. Другие касаются ваших личных ощущений в отношении себя. Не существует правильных или неправильных ответов. Постарайтесь быть полностью искренними в своих ответах. Результаты строго конфиденциальны. Прочтите каждый вопрос и поставьте (х) в колонке (всегда, обычно, часто, иногда, редко, никогда), который наиболее соответствует вашему суждению. Пожалуйста, читайте каждый вопрос внимательно.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Утверждения | никогда | редко | иногда | часто | очень часто | всегда |
| 1. Я ем конфеты и углеводы, не испытывая напряжения. |  |  |  |  |  |  |
| 2. Я считаю, что мой живот слишком толстый. |  |  |  |  |  |  |
| 3. Я ем, когда взволнован (растерян). |  |  |  |  |  |  |
| 4. Я объедаюсь. |  |  |  |  |  |  |
| 5. Я боюсь испытывать сильные эмоции. |  |  |  |  |  |  |
| 6. Я считаю, что мои бедра слишком толстые. |  |  |  |  |  |  |
| 7. Я чувствую себя бесполезным. |  |  |  |  |  |  |
| 8. Я чувствую себя чрезмерно виноватым после того, как слишком много съел. |  |  |  |  |  |  |
| 9. Я полагаю, что размер моего желудка в пределах нормы. |  |  |  |  |  |  |
| 10. В моей семье учитываются только огромные достижения. |  |  |  |  |  |  |
| 11. Я выражаю мои эмоции открыто. |  |  |  |  |  |  |
| 12. Я испытываю ужас от возможности растолстеть. |  |  |  |  |  |  |
| 13. Я доверяю другим людям. |  |  |  |  |  |  |
| 14. Я удовлетворен моей внешностью. |  |  |  |  |  |  |
| 15. Я чувствую, что контролирую мою жизнь. |  |  |  |  |  |  |
| 16. При столкновении с собственными эмоциями, я испытываю замешательство. |  |  |  |  |  |  |
| 17. Я легко общаюсь с другими. |  |  |  |  |  |  |
| 18. Я преувеличиваю важность веса. |  |  |  |  |  |  |
| 19. Я могу четко определять эмоции, которые чувствую. |  |  |  |  |  |  |
| 20. Я не чувствую себя на высоте. |  |  |  |  |  |  |
| 21. У меня были такие приемы пищи, при которых я чувствовал, что не могу остановиться. |  |  |  |  |  |  |
| 22. Когда я был маленьким, то делал все, чтобы не разочаровать своих родителей и учителей. |  |  |  |  |  |  |
| 23. У меня близкие отношения с людьми. |  |  |  |  |  |  |
| 24. Мне нравится форма моих ягодиц. |  |  |  |  |  |  |
| 25. Я все время думаю о похудении. |  |  |  |  |  |  |
| 26. Я не знаю, что со мной происходит. |  |  |  |  |  |  |
| 27. Я беспокоюсь, выражая мои эмоции другим. |  |  |  |  |  |  |
| 28. Когда я что-либо делаю, то хочу быть лучше других. |  |  |  |  |  |  |
| 29. Я уверен в себе. |  |  |  |  |  |  |
| 30. Я думаю о переедании. |  |  |  |  |  |  |
| 31. Я не могу точно понять, голоден я или нет. |  |  |  |  |  |  |
| 32. Я низко себя оцениваю. |  |  |  |  |  |  |
| 33. Я чувствую, что я могу достигать мои цели. |  |  |  |  |  |  |
| 34. Мои родители всегда ожидают, что я буду лучшим. |  |  |  |  |  |  |
| 35. Я беспокоюсь, что мои чувства выйдут из-под моего контроля. |  |  |  |  |  |  |
| 36. Я нахожу, что мои бока слишком толстые. |  |  |  |  |  |  |
| 37. Я ем нормально в присутствии других людей и набиваю живот, когда они уходят. |  |  |  |  |  |  |
| 38. Я чувствую вздутие живота после небольшого перекуса. |  |  |  |  |  |  |
| 39. Когда я сильно взволнован, то не знаю: то ли мне грустно, то ли мне страшно, то ли я злюсь. |  |  |  |  |  |  |
| 40. Я думаю, что я должен что-то либо делать идеально, либо вообще не делать. |  |  |  |  |  |  |
| 41. Я думаю вызывать рвоту, чтобы снижать вес. |  |  |  |  |  |  |
| 42. Мне нужно держать людей на определенной дистанции (мне неприятно, если кто-то пытается ко мне приблизиться). |  |  |  |  |  |  |
| 43. Я считаю, что мои бедра нормального размера. |  |  |  |  |  |  |
| 44. Я чувствую себя эмоционально опустошенным. |  |  |  |  |  |  |
| 45. Я могу говорить о своих мыслях и чувствах. |  |  |  |  |  |  |
| 46. Я нахожу, что мои ягодицы слишком толстые. |  |  |  |  |  |  |
| 47. У меня есть чувства, которые я не могу точно определить. |  |  |  |  |  |  |
| 48. Я ем или пью тайком. |  |  |  |  |  |  |
| 49. Я считаю, что мои бока нормального размера. |  |  |  |  |  |  |
| 50. У меня чрезвычайно высокие (амбициозные) цели. |  |  |  |  |  |  |
| 51. Когда я взволнован, то боюсь, что начну есть. |  |  |  |  |  |  |

Таблица А.1 – Соотношение шкал и вопросов по опроснику ШОПП

|  |  |
| --- | --- |
| Шкалы | Номера вопросов |
| Стремление к худобе | 1\*, 8, 12, 18, 25 |
| Булимия | 3, 4, 21, 30, 37, 41, 48, 51 |
| Неудовлетворенность телом | 2, 6, 9\*, 14\*, 24\*, 36, 43\*, 46, 49 |
| Неэффективность | 7, 15\*, 20, 29\*, 32, 33\*, 44 |
| Перфекционизм | 10, 22, 28, 34, 40, 50 |
| Недоверие в межличностных отношениях | 11\*, 13\*, 17\*, 23\*, 27, 42, 45 |
| Интероцептивная некомпетентность | 5, 16, 19\*, 26, 31, 35, 38, 39, 47 |

\* Обратные вопросы

**ПРИЛОЖЕНИЕ Б**

**Опросник «Подростки о родителях» (ПОР)**

*Инструкция:* Просим Вас оценить, исходя из собственного опыта, какие из указанных ниже положений более всего характерны для 1) вашей матери, 2) вашего отца. Для этого внимательно прочитайте каждое утверждение, не пропуская ни одного из них. Если Вы считаете, что утверждение полностью передает воспитательные принципы Вашего отца (или матери), то отметьте ответ «да». Если Вы считаете, что данное высказывание частично подходит для Вашего отца (или матери), то поставьте ответ в колонке «частично». Если же, по Вашему мнению, утверждение не относится к Вашему отцу (или матери), то поставьте «нет».

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| МОЙ ОТЕЦ (МОЯ МАТЬ) | да | частично | нет |
| 1. Очень часто улыбается мне. |  |  |  |
| 2. Категорически требует, чтобы я усвоил(а), что я могу делать, а что нет. |  |  |  |
| 3. Недостаточно терпелив(а) по отношению ко мне. |  |  |  |
| 4. Когда я ухожу, сам(а) решаю, когда я должен(должна) вернуться. |  |  |  |
| 5. Всегда быстро забывает то, что сам(а) говорит или приказывает. |  |  |  |
| 6. Когда у меня плохое настроение, советует мне успокоиться или развеселиться. |  |  |  |
| 7. Считает, что для меня должно существовать много правил, которые я обязан(а) выполнять. |  |  |  |
| 8. Постоянно на меня кому-то жалуется. |  |  |  |
| 9. Предоставляет мне столько свободы, сколько мне надо. |  |  |  |
| 10. За одно и то же один раз наказывает, а другой — прощает. |  |  |  |
| 11. Очень любит делать что-нибудь вместе. |  |  |  |
| 12. Если поручает мне какую-нибудь работу, то считает, что я должен (должна) делать только ее, пока не закончу. |  |  |  |
| 13. Начинает сердиться и возмущаться по поводу любого пустяка, который я сделал(а). |  |  |  |
| 14. Могу идти, куда захочу, и не спрашивать у него (нее) разрешения. |  |  |  |
| 15. В зависимости от моего настроения отказывается от многих своих дел. |  |  |  |
| 16. Когда мне грустно, пытается развеселить и воодушевить меня. |  |  |  |
| 17. Всегда настаивает на том, что за все мои проступки я должен (должна) быть наказан(а). |  |  |  |
| 18. Мало интересуется тем, что меня волнует и чего я хочу. |  |  |  |
| 19. Если бы мне захотелось, то я мог(ла) бы идти, куда захочу, каждый вечер. |  |  |  |
| 20. Имеет определенные правила, но иногда соблюдает их, иногда — нет. |  |  |  |
| 21. Всегда с пониманием выслушивает мои взгляды и мнения. |  |  |  |
| 22Следит за тем, чтобы я всегда делал(а) то, что мне сказано. |  |  |  |
| 23. Иногда у меня возникает ощущение, что я ему (ей) противен. |  |  |  |
| 24. Практически позволяет мне делать все, что мне нравится. |  |  |  |
| 25. Меняет свои решения так, как придет в голову или как ему (ей) будет удобно. |  |  |  |
| 26. Часто хвалит меня за что-либо. |  |  |  |
| 27. Всегда точно хочет знать, что я делаю и где нахожусь. |  |  |  |
| 28. Хотел(а) бы, чтобы я стал(а) другим (другой), изменился (изменилась). |  |  |  |
| 29. Позволяет мне самому (самой) выбирать себе дело по душе. |  |  |  |
| 30. Иногда очень легко меня прощает, а иногда — нет. |  |  |  |
| 31. Старается открыто доказать, что любит меня. |  |  |  |
| 32. Всегда следит за тем, что я делаю на улице или в школе. |  |  |  |
| 33. Если я сделаю что-нибудь не так, постоянно и везде говорит об этом. |  |  |  |
| 34. Предоставляет мне много свободы. Редко говорит «должен» или «нельзя». |  |  |  |
| 35. Очень тяжело заранее определить, как поступит, когда я сделаю что-нибудь плохое или хорошее. |  |  |  |
| 36. Считает, что я должен (должна) иметь собственное мнение по каждому вопросу. |  |  |  |
| 37. Всегда тщательно следит за тем, каких друзей я имею. |  |  |  |
| 38. Когда его (ее) чем-то расстрою, не будет со мной говорить, пока я не начну. |  |  |  |
| 39. Всегда легко меня прощает. |  |  |  |
| 40. Хвалит и наказывает очень непоследовательно: иногда слишком много, а иногда слишком мало. |  |  |  |
| 41. Всегда находит время для меня, когда это мне необходимо. |  |  |  |
| 42. Постоянно указывает мне, как себя вести. |  |  |  |
| 43. Вполне возможно, что, в сущности, меня ненавидит. |  |  |  |
| 44. Проведение каникул я планирую по собственному желанию. |  |  |  |
| 45. Иногда может обидеть, а иногда бывает добрым (доброй) и признательным (признательной). |  |  |  |
| 46. Всегда откровенно ответит на любой вопрос, о чем бы я ни спросил(а). |  |  |  |
| 47. Часто проверяет, все ли я убрал (а), как было велено. |  |  |  |
| 48. Чувствую, что он (она) пренебрегает мною. |  |  |  |
| 49. Моя комната или уголок - это моя крепость: могу убирать ее или нет, он (она) туда не вмешивается. |  |  |  |
| 50. Очень тяжело разобраться в его (ее) желаниях и указаниях. |  |  |  |

Таблица Б.1 – Соотношение шкал и вопросов по опроснику ПОР

|  |  |
| --- | --- |
| Шкала | Номера вопросов |
| Позитивный интерес | 1, 6, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41, 46 |
| Директивность | 2, 7, 12, 17, 22, 27, 32, 37, 42, 47 |
| Враждебность | 3, 8, 13, 18, 23, 28, 33, 38, 43, 48 |
| Автономность | 4, 9, 14, 19, 24, 29, 34, 39, 44, 49 |
| Непоследовательность | 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50 |

**ПРИЛОЖЕНИЕ В**

**Опросник «Родителей оценивают дети» (РОД)**

*Инструкция:* Предлагаемый опросник содержит мнение детей о взаимоотношениях с родителями. Читайте по очереди утверждения опросника. Если Вы, в общем, согласны с ними, то на "Бланке ответов" зачеркните номер им соответствующий. Если Вы, не согласны - не делайте никаких пометок. В опроснике нет "неправильных" или "правильных" утверждений. Отвечайте так, как Вы сами думаете.

1. Мои родители считают: все, что они делают, они делают ради меня.

2. У моих родителей часто не хватает времени позаниматься со мной чем-нибудь интересным: куда-нибудь пойти вместе, поговорить о какихни­будь проблемах.

3. Мои родители часто разрешают мне такие вещи, которых не разрешают многие другие родители.

4. Мои родители не любят, когда я обращаюсь к ним с вопросами, говорят: «Догадайся сам».

5. Я имею дома гораздо больше обязанностей, чем большинство моих товарищей.

6. Меня даже мои родители не могут заставить что-нибудь сделать по дому.

7. Мои родители считают, что мне лучше не задумываться над правильностью их взглядов.

8. Обычно я возвращаюсь домой тогда, когда захочу.

9. Мои родители не оставляют безнаказанным ни одного моего плохого поступка, считают, что только тогда я стану человеком.

10. По возможности родители стараются меня не наказывать.

11. Когда мои родители в хорошем настроении, они нередко прощают мне то, за что в другое время наказали бы.

12. Родители любят меня больше, чем друг друга.

13. Мне кажется, что раньше, когда я был маленький, родители любили меня больше, чем сейчас.

14. Когда я подолгу упрямлюсь или злюсь, родители часто понимают, что поступили по отношению ко мне неправильно.

15. У моих родителей долго не было детей, и моего появления очень ждали.

16. От своих родителей я часто слышу, что воспитание детей — очень утомительное дело.

17. Я подозреваю, что у меня есть какие-то качества, которые выводят родителей из себя.

18. Мои родители часто конфликтуют из-за различия во взглядах на мое воспитание.

19. Мои родители говорят, что я для них — самое главное в жизни.

20. Мои родители мало интересуются, где я пропадаю.

21. Родители стараются покупать мне такую одежду, какую я сам выберу, даже если она дорогая.

22. Мои родители считают меня непонятливым, говорят: «Легче самому два раза сделать, чем один раз объяснить тебе».

23. Мне нередко приходилось (или приходится) присматривать за моим младшим братом (сестрой).

24. Мои родители предпочитают что-то сделать сами, чем «связываться» со мной.

25. Мои родители очень злятся, когда я подмечаю их слабости и недостатки.

26. Я сам (без участия родителей) решаю, с кем мне дружить.

27. Мои родители считают, что дети должны не только любить их, но и бояться.

28. Родители меня ругают очень редко.

29. В своей строгости по отношению ко мне у родителей возникают большие колебания. Иногда они очень строги, а иногда все разрешают.

30. Мы с мамой понимаем друг друга лучше, чем с отцом.

31. Моих родителей огорчает, что я слишком быстро стал взрослым.

32. Если я упрямлюсь, то родители делают так, как я хочу.

33. Мои родители считают меня слабым и болезненным.

34. Мои родители (или один из них) считают, что, если бы у них не было детей, они бы добились гораздо большего в жизни.

35. У меня есть некоторые слабости, с которыми упорно борются мои родители.

36. Нередко бывает, когда меня наказывает один из родителей, другой упрекает его в излишней строгости и начинает утешать меня.

37. Мои родители часто говорят, что заботы обо мне занимают наибольшую часть их времени.

38. Мои родители редко посещают родительские собрания.

39. Мои родители стараются купить мне все, что я захочу, даже если это стоит дорого.

40. От моих родителей часто можно услышать, что они сильно устают от общения со мной.

41. Мои родители часто поручают мне важные и трудные дела.

42. Мои родители считают, что на меня нельзя положиться в серьезном деле.

43. Мои родители считают, что главное, чему родители должны научить своих детей, — это слушаться.

44. Я сам решаю, курить мне или нет.

45. Мои родители считают, что чем строже они относятся ко мне, тем лучше для меня.

46. Мои родители очень мягкие люди.

47. Если мне что-то нужно от родителей, то я стараюсь выбрать момент, когда они в хорошем настроении.

48. Мои родители часто говорят, что когда я вырасту, то они мне будут не нужны.

49. Мои родители считают, что чем дети старше, тем труднее иметь с ними дело.

50. Часто мое упрямство есть результат неправильного отношения родителей ко мне.

51. Мои родители постоянно переживают за мое здоровье.

52. Мои родители считают, что, если бы у них не было детей, их здоровье было бы гораздо лучше.

53. Мои родители считают, что, несмотря на все их усилия, некоторые мои недостатки остаются без изменений.

54. Мой отец считает, что я его недолюбливаю.

55. Мои родители считают, что ради меня им от многого в жизни пришлось отказаться.

56. Бывает, что родители не знают о моих оценках и поведении, потому что редко заглядывают в мой дневник.

57. Мои родители тратят на себя значительно больше денег, чем на меня.

58. Мои родители не любят, когда я что-то прошу. Говорят, что лучше знают, что мне надо.

59. Мои родители считают, что у меня было более трудное детство, чем у большинства детей.

60. Обычно я делаю дома только то, что мне хочется, а не то, что хотят родители.

61. Мои родители считают, что я должен уважать их больше, чем всех других людей.

62. Я сам решаю, на что мне тратить свои деньги.

63. Мои родители строже относятся ко мне, чем другие родители к своим детям.

64. Мои родители считают, что от наказаний мало проку.

65. Члены нашей семьи неодинаково строги со мной. Одни балуют, другие, наоборот, очень строги.

66. Мои родители часто говорят, что им бы хотелось, чтобы я не любил ни­кого, кроме них.

67. Мои родители часто говорят, что, когда я был маленький, нравился им больше, чем теперь.

68. Часто я понимаю, что родители затрудняются в выборе решений, как поступить со мной.

69. Мои родители многое позволяют мне из-за моего слабого здоровья.

70. Я часто слышу от родителей, что воспитание детей — тяжелый и небла­годарный труд, что они отдают мне все, а взамен не получают ничего.

71. Мои родители считают, что я не понимаю добрых слов и единственное, что на меня действует, — это строгие постоянные наказания.

72. Моя мать считает, что отец настраивает меня против нее.

73. Мои родители говорят, что все время думают только обо мне, моих делах, здоровье и т. д.

74. Мои родители редко заглядывают в мой дневник.

75. Я всегда умею добиться от родителей того, чего мне хочется.

76. Мои родители говорят, что им больше нравится, когда я веду себя тихо и спокойно.

77. Я стараюсь во всем помочь родителям.

78. Мои родители считают, что если даже я уверен, что они не правы, то должен делать так, как говорят они.

79. У меня мало обязанностей по дому.

80. Выходя из дома, я редко говорю родителям, куда иду.

81. Мои родители считают, что бывают случаи, когда лучшее наказание — это ремень.

82. Мои родители говорят, что многие недостатки пройдут сами собой с возрастом.

83. Мои родители берутся за меня лишь тогда, когда я что-то натворю. Если все тихо, они оставляют меня в покое.

84. Я часто слышу от матери (отца), что если бы я не был их ребенком, а она (он) была (был) бы помоложе, то наверняка в меня влюбилась бы.

85. Мои родители говорят, что, когда я был маленьким, со мной было интереснее говорить, чем сейчас.

86. Мои родители считают, что в моих недостатках виноваты они сами, потому что неумело меня воспитывали.

87. Мои родители говорят, что моя жизнь и здоровье стоили им огромных усилий.

88. Мои родители считают, что, если бы у них не было детей, они жили бы лучше.

89. Мои родители считают, что если они предоставят мне свободу, то я не­медленно использую это во вред себе и окружающим.

90. Нередко бывает, что если мать говорит мне одно, то отец говорит другое, и наоборот.

91. Мои родители говорят, что тратят на меня больше сил и времени, чем на себя.

92. Мои родители мало знают о моих делах.

93. Мои желания — закон для моих родителей.

94. Когда я был маленький, то очень любил спать с родителями (или с одним из них).

95. Мои родители считают, что у меня плохой желудок.

96. Мои родители говорят, что они нужны мне, лишь пока я не вырос, а потом я все реже буду вспоминать о них.

97. Иногда мне кажется, что ради меня родители пошли бы на любую жертву.

98. Мои родители считают, что мне нужно уделять значительно больше времени, чем они могут.

99. Когда я ласков с родителями, они мне все прощают.

100. Мои родители хотели бы, чтобы я обзавелся семьей как можно позже — после 30 лет.

101. Моих родителей беспокоит, что мои руки и ноги часто бывают очень холодными.

102. Мои родители говорят, что я маленький эгоист и совсем не думаю об их здоровье и чувствах и т. д.

103. Мои родители считают, что, если бы они не отдавали мне все время и силы, я бы плохо кончил.

104. Когда у меня все благополучно, родители меньше интересуются моими делами.

105. Моим родителям трудно сказать мне «нет».

106. Мои родители огорчены, что я все меньше в них нуждаюсь.

107. Мои родители считают, что мое здоровье хуже, чем у большинства моих сверстников.

108. Мои родители считают, что я испытываю по отношению к ним слишком мало благодарности.

109. Мои родители считают, что я не могу обходиться без их постоянной помощи.

110. Большую часть своего свободного времени я провожу вне дома.

111. Обычно у меня очень много времени для развлечений.

112. Я часто слышу от родителей, что, кроме меня, им больше никто на свете не нужен.

113. Моих родителей волнует мой беспокойный и прерывистый сон.

114. Нередко я слышу от родителей сожаление, что они слишком рано поженились.

115. Мои родители считают, что всего, чего я добился к настоящему моменту (в учебе, работе или другом), я добился только благодаря их постоянной помощи.

116. Моими делами в семье в основном занимается кто-то один из родителей.

117. Кончив уроки, я обычно занимаюсь тем, что мне нравится.

118. Когда я иду на свидание, у моих родителей портится настроение.

119. Мои родители обеспокоены тем, что я часто болею.

120. Мои родители не помогают, а осложняют мою жизнь.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Вопросы | | | | | Шкалы | |
| 1 | 19 | 37 | 55 | 73 |  | Г+ |
| 2 | 20 | 38 | 56 | 74 |  | Г- |
| 3 | 21 | 39 | 57 | 75 |  | У+ |
| 4 | 22 | 40 | 58 | 76 |  | У- |
| 5 | 23 | 41 | 59 | 77 |  | Т+ |
| 6 | 24 | 42 | 60 | 78 |  | Т- |
| 7 | 25 | 43 | 61 | 79 |  | З+ |
| 8 | 26 | 44 | 62 | 80 |  | З- |
| 9 | 27 | 45 | 63 | 81 |  | С+ |
| 10 | 28 | 46 | 64 | 82 |  | С- |
| 11 | 29 | 47 | 65 | 83 |  | Н |
| 12 | 30 | 48 | 66 | 84 |  | РРЧ |
| 13 | 31 | 49 | 67 | 85 |  | ПДК |
| 14 | 32 | 50 | 68 | 86 |  | ВН |
| 15 | 33 | 51 | 69 | 87 |  | ФУ |
| 16 | 34 | 52 | 70 | 88 |  | НРЧ |
| 17 | 35 | 53 | 71 | 89 |  | ПНК |
| 18 | 36 | 54 | 72 | 90 |  | ВК |
| 91 | 97 | 103 | 109 | 115 |  | Г+ |
| 92 | 98 | 104 | 110 | 116 |  | Г- |
| 93 | 99 | 105 | 111 | 117 |  | У+ |
| 94 | 100 | 106 | 112 | 118 |  | РРЧ |
| 95 | 101 | 107 | 113 | 119 |  | ФУ |
| 96 | 102 | 108 | 114 | 120 |  | НРЧ |

Таблица В.1 – Соотношение шкал и вопросов по опроснику ШОПП

**ПРИЛОЖЕНИЕ Г**

**Методика «Незаконченные предложения»**

*Инструкция:* «Перед Вами список незаконченных предложений. Вам предлагается завершить каждое предложение одним или несколькими словами, вложив в ответ близкое Вам содержание. Выполняйте работу по возможности быстро. Завершайте начало предложения не раздумывая, первым ответом, который приходит в голову. В случае, если в Вашей семье отсутствовал один из родителей, не заполняйте незаконченные предложения про него (неё)».

1. Думаю, что мой отец редко \_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Если все против меня, то \_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Я всегда хотел \_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Если бы я занимал руководящий пост \_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Будущее кажется мне \_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Мое начальство \_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Знаю, что глупо, но боюсь \_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Думаю, что настоящий друг \_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Когда я был ребенком \_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Идеалом женщины (мужчины) для меня является \_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Когда я вижу женщину рядом с мужчиной \_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. По сравнению с большинством других моя семья \_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. Лучше всего мне работается с \_\_\_\_\_\_\_\_\_

14. Моя мать и я \_\_\_\_\_\_\_\_\_

15. Сделал бы все, чтобы забыть \_\_\_\_\_\_\_\_\_

16. Если бы мой отец только захотел \_\_\_\_\_\_\_\_\_

17. Думаю, что я достаточно способен, чтобы \_\_\_\_\_\_\_\_\_

18. Я мог бы быть очень счастливым, если бы \_\_\_\_\_\_\_\_\_

19. Если кто-нибудь работает под моим руководством \_\_\_\_\_\_\_\_\_

20. Надеюсь на \_\_\_\_\_\_\_\_\_

21. В школе мои учителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_

22. Большинство моих товарищей не знают, что я боюсь \_\_\_\_\_\_\_\_\_

23. Не люблю людей, которые \_\_\_\_\_\_\_\_\_

24. Когда-то \_\_\_\_\_\_\_\_\_

25. Считаю, что большинство юношей (девушек) \_\_\_\_\_\_\_\_\_

26. Супружеская жизнь кажется мне \_\_\_\_\_\_\_\_\_

27. Моя семья обращается со мной как с \_\_\_\_\_\_\_\_\_

28. Люди, с которыми я работаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_

29. Моя мать \_\_\_\_\_\_\_\_\_

30. Моей самой большой ошибкой было \_\_\_\_\_\_\_\_\_

31. Я хотел бы, чтобы мой отец \_\_\_\_\_\_\_\_\_

32. Моя наибольшая слабость заключается в том \_\_\_\_\_\_\_\_\_

33. Моим скрытым желанием в жизни является \_\_\_\_\_\_\_\_\_

34. Мои подчиненные \_\_\_\_\_\_\_\_\_

35. Наступит тот день, когда \_\_\_\_\_\_\_\_\_

36. Когда ко мне приближается мой начальник \_\_\_\_\_\_\_\_\_

37. Хотелось бы мне перестать бояться \_\_\_\_\_\_\_\_\_

38. Больше всех люблю тех людей, которые \_\_\_\_\_\_\_\_\_

39. Если бы я снова стал молодым \_\_\_\_\_\_\_\_\_

40. Считаю, что большинство женщин (мужчин) \_\_\_\_\_\_\_\_\_

41. Если бы у меня была нормальная половая жизнь \_\_\_\_\_\_\_\_\_

42. Большинство известных мне семей \_\_\_\_\_\_\_\_\_

43. Люблю работать с людьми, которые \_\_\_\_\_\_\_\_\_

44. Считаю, что большинство матерей \_\_\_\_\_\_\_\_\_

45. Когда я был молодым, то чувствовал вину, если \_\_\_\_\_\_\_\_\_

46. Думаю, что мой отец \_\_\_\_\_\_\_\_\_

47. Когда мне начинает не везти, я \_\_\_\_\_\_\_\_\_

48. Больше всего я хотел бы в жизни \_\_\_\_\_\_\_\_\_

49. Когда я даю другим поручение \_\_\_\_\_\_\_\_\_

50. Когда буду старым \_\_\_\_\_\_\_\_\_

51. Люди, превосходство которых над собой я признаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_

52. Мои опасения не раз заставляли меня \_\_\_\_\_\_\_\_\_

53. Когда меня нет, мои друзья \_\_\_\_\_\_\_\_\_

54. Моим самым живым воспоминанием детства является \_\_\_\_\_\_\_\_\_

55. Мне очень не нравится, когда женщины (мужчины) \_\_\_\_\_\_\_\_\_

56. Моя половая жизнь \_\_\_\_\_\_\_\_\_

57. Когда я был ребенком, моя семья \_\_\_\_\_\_\_\_\_

58. Люди, которые работают со мной \_\_\_\_\_\_\_\_\_

59. Я люблю свою мать, но \_\_\_\_\_\_\_\_\_

60. Самое худшее, что мне случилось совершить, это \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ПРИЛОЖЕНИЕ Д**

**Авторская анкета**

1. Возраст (число полных лет) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Есть ли у Вас подтверждённый диагноз какого-либо расстройства пищевого поведения?
3. Да
4. Нет
5. Другое\_\_\_\_\_\_\_\_
6. В детстве и подростковом возрасте вы проживали...
7. совместно с родителями (или родителем, в случае отсутствия одного из родителей)
8. с родственниками (бабушкой, дедушкой...)
9. другое\_\_\_\_\_\_\_\_
10. Ваш порядок рождения в семье?
11. младший ребёнок
12. старший ребёнок
13. средний ребёнок
14. единственный ребёнок
15. В какой семье Вы выросли?
16. полная
17. неполная (не было отца)
18. неполная (не было матери)
19. другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Был ли у Вас отчим/мачеха?

1. Да, был отчим
2. Да, была мачеха
3. Не было
4. Не было (полная семья)

7. Кто являлся тем старшим человеком, с которым Вы чувствовали себя наиболее хорошо, комфортно в детстве и подростковом возрасте?

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

8. Когда у Вас в детстве, юности возникали какие-то проблемы или переживания, с кем из взрослых Вы предпочитали их обсудить?

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

9. Можно ли сказать, что у Вас с матерью близкие отношения (в случае отсутствия матери, были близкие отношения)?

1. безусловно, да
2. пожалуй, да
3. трудно сказать, и да, и нет
4. пожалуй, нет
5. совсем нет
6. другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Можно ли сказать, что у Вас с отцом близкие отношения (в случае отсутствия отца, были близкие отношения)?

1. безусловно, да
2. пожалуй, да
3. трудно сказать, и да, и нет
4. пожалуй, нет
5. совсем нет

11. Была ли у Вас в детстве и юности привычка делиться своими заботами с родителями и советоваться с ними?

1. безусловно, да
2. пожалуй, да
3. трудно сказать, и да, и нет
4. пожалуй, нет
5. совсем нет

12. Довольны ли Вы в целом своими отношениями с родителями?

1. безусловно, да
2. пожалуй, да
3. трудно сказать, и да, и нет
4. пожалуй, нет
5. совсем нет

13. Приходилось ли вам в детстве и подростковом возрасте выслушивать негативные комментарии о своей внешности (чертах лица, фигуре) со стороны ваших родителей?

1. никогда
2. редко
3. иногда
4. часто
5. очень часто

14. Считаете ли Вы, что Ваши отношения с родителями в хуже, чем у других?

1. безусловно, да
2. пожалуй, да
3. трудно сказать, и да, и нет
4. пожалуй, нет
5. совсем нет

**ПРИЛОЖЕНИЕ Е**

**Анализ ответов на незаконченные предложения группы девушек с выраженными признаками расстройств пищевого поведения**

Таблица Е.1 – Анализ ответов на незаконченные предложения про мать

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Утверждение «Моя мать и я...»** | | | | |
| **Тип высказываний** | **Категория** | **N** | **%** | **Высказывания** |
| Положительные высказывания – теплые отношения  (20; 31%) | близки | 10 | 16% | очень близки /стараемся быть ближе друг к другу / достаточно близки / очень близки / очень близки /очень близки / невероятно близки / в очень близких отношениях / ближе, чем я с отцом / в хороших отношениях |
| друзья (подруги) | 7 | 11% | друзья /подруги /лучшие подруги / сестры/ лучшие подруги / лучшие друзья / хорошие приятели |
| похожи | 2 | 3% | похожи / похожи некоторыми качествами |
| понимаем друг друга | 1 | 1,5% | понимаем друг друга |
| Негативные высказывания – конфликтные отношения  (31; 48%) | не близки (не ладим) | 9 | 14% | никогда не были близки / не всегда ладим / чужие люди, не близки / не близки / не сможем стать близкими / не ладим / не близки / никогда не ладим/ несовместимы |
| ссоримся | 6 | 9% | часто ссоримся / ссоримся / не можем спокойно существовать в одной квартире / постоянно ругаемся, почти враги / часто спорим / каждый день ругаемся |
| разные | 6 | 9% | разные / совсем не похожи / совершенно разные люди / очень разные / не похожи / два разных человека |
| не понимаем друг друга | 5 | 8% | часто приходим к ситуациям полного непонимания / не всегда можем найти общий язык / не можем поговорить о моих переживаниях, потому что она их обесценивает и не слышит / не понимаем друг друга/ не понимаем друг друга |
| не друзья | 3 | 5% | точно не подружки / не друзья / "друзья" |
| не доверяем друг другу | 2 | 3% | относимся друг к другу без доверия / не доверяем друг другу |
| Высказывания, свидетельствующие об амбивалентных отношения | | 2 | 3% | любим и ненавидим друг друга одновременно / больны созависимостью |
| Высказывания, свидетельствующие об ограниченном контакте с матерью | | 3 | 5% | мало общаемся / общаемся только по финансовым вопросам / не напрягаем друг друга проблемами |
| Не хватает информации,  невалидные ответы | | 8 | 12,5% | пухленькие / ревнивые / любим пить чай / обычные / родственники / общаемся / имеем схожие проблемы / в нормальных отношениях |
| **Утверждение «Моя мать...»** | | | | |
| Положительные высказывания – теплые отношения  (23; 36%) | добрая (лучшая) | 15 | 23% | добрая / добрая /добрая и чуткая/ самая добрая на свете / очень добрая/ хорошая / лучшая мама на свете / моя опора / прекрасная женщина / невероятная женщина / лучшая / всегда очень добра ко мне / лучше всех, потому что действительно любит меня / лучше всех / хорошая мать |
| умная | 4 | 6% | мудрая женщина / очень умная женщина / мудрая / умная / |
| заботится | 2 | 3% | старается, чтобы мне было хорошо / заботится обо мне |
| волнуется за меня | 2 | 3% | очень волнуется за меня / слишком волнуется |
| Негативные высказывания – конфликтные отношения  (34; 53%) | не понимает | 7 | 11% | не понимает меня / не понимает и не доверяет / считает, что я не правильно живу / не одобряет, когда я делаю по-своему / не всегда понимает меня / часто меня не понимает / моя полная противоположность, поэтому нет понимания |
| пренебрежительное отношение | 7 | 11% | не интересная / с комплексом жертвы / жалкая / слишком наивна / не может справляться без поддержки / не пытается жить своей жизнью / как жена лучше, чем как мать |
| эмоционально нестабильна | 4 | 6% | эмоционально нестабильна / часто кричит на меня / не совсем уравновешенная / нервная и нередко выплескивает злость на нас с отцом |
| крайне негативные высказывания | 4 | 6% | заслуживает смерти / разрушила мое детство и испортила жизнь / меня не любит / ведёт себя по отношению ко мне ужасно |
| отрицательные личностные характеристики | 4 | 6% | узколоба / очень любит себя / эксцентричная в плохом смысле / чёрствая |
| строгая | 4 | 6% | строгая / слишком строгая / властная / строгая |
| связь с отчимом | 2 | 3% | разрывается между мною и отчимом / зависима от моего отчима |
| другое | 2 | 3% | всю жизнь посвятила мне/ хочет, чтобы я была худой |
| Высказывания, свидетельствующие об амбивалентных отношения | | 1 | 2% | меняет своё отношение ко мне несколько раз за месяц |
| Не хватает информации, невалидные ответы | | 6 | 9% | любит поболтать, иногда даже слишком / учитель / много работает / ничего не приходит в голову / психолог / школьный психолог и это заметно |

Таблица Е.2 – Анализ ответов на незаконченные предложения про отца

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Утверждение «Думаю, что мой отец...»** | | | |
| **Категория** | **N** | **%** | **Высказывания** |
| хороший, добрый | 10 | 21% | хороший / очень добрый / хороший человек / хороший / хороший / хороший человек / очень добрый / хороший человек / хороший, но по своему /очень хороший |
| умный | 4 | 9% | достаточно умный / очень умный человек / умный мужчина /прогрессивный, умный человек |
| любит меня | 2 | 4% | любит меня / меня любит |
| не любит меня | 7 | 15% | любит больше младшую сестру, нежели меня / никогда не полюбит меня / любит других своих детей больше, чем меня / никогда меня не любил / не нуждается во мне / не переживает обо мне сильно / не любит и не интересуется мной |
| агрессивный | 5 | 11% | агрессивен/ часто злится /неуравновешенный / грубый / злится на меня |
| инфантильный | 4 | 9% | ребенок / легкомысленный /инфантильный эскапист / бежит от жизни и трудностей |
| страдал от болезни | 3 | 6% | когда был жив, всю свою жизнь проживал фоновую депрессию / страдает рпп / нуждается в помощи психотерапевта из-за болезни |
| эгоист | 3 | 6% | эгоист / был эгоистом / не любит никого кроме себя |
| слишком строгий | 2 | 4% | слишком требователен по отношению ко мне / слишком строг |
| не понимает меня | 2 | 4% | никогда не будет понимать моих интересов и убеждений/ даже не пытается понять меня |
| мудак | 2 | 4% | мудак / мудак |
| замкнутый | 2 | 4% | отстраненный / замкнутый |
| Невалидный ответ | 1 | 2% | ничего не приходит в голову |
| **Утверждение «Я хотела бы, чтобы мой отец...»** | | | |
| уделял больше времени, внимания | 11 | 23% | проводил больше времени со мной / уделял мне больше внимания / проводил со мною время/ больше участвовал в моей жизни/ был рядом/ интересовался моей жизнью / был ко мне ближе/ уделял мне больше времени / проявлял заботу чаще/ больше общался со мной /больше со мной разговаривал |
| меньше проявлял агрессию | 8 | 17% | меньше кричал / никогда больше не поднимал руку на членов семьи и собаку /не прессовал меня / не кричал на меня / поменьше высказывал недовольство / перестал доводить меня до срывов / был менее нервным/ был спокойнее в общении, а не как сейчас/ |
| реже взаимодействовал со мной | 6 | 13% | был реже дома / меньше со мной разговаривал / не пытался объявить о себе/ не взаимодействовал со мной никогда / уехал / не контактировал со мной |
| не пил | 6 | 13% | бросил пить / не пил больше никогда алкоголь / меньше пил / не был алкоголиком / перестал пить и нашел работу / не пил |
| понимал меня | 4 | 9% | слышал меня/ понимал меня /захотел понять меня/ услышал меня |
| был счастлив | 3 | 6% | был счастлив / был счастлив / был счастливее |
| был в хороших отношениях с мамой | 2 | 4% | любил маму/ не расстраивал маму |
| всё равно на отца | 1 | 2% | мне всё равно на отца |
| Не отражают отношение к отцу | 6 | 13% | интересовался чем-то / не знаю /помогал мне материально / одумался / был другим /ничего не приходит в голову |
| **Утверждение «Думаю, что мой отец редко...»** | | | |
| уделял внимание (время) | 8 | 17% | оказывал мне должного внимания / уделял внимание / уделял мне внимание/ обращал на меня внимание/ уделяет мне внимание/ уделял внимание / уделял мне время/ проводит со мной время |
| думает обо мне | 7 | 15% | вспоминает обо мне / вспоминает обо мне / думает обо мне искренне / думает обо мне / думает обо мне / думает обо мне / замечает меня / |
| беспокоится (интересуется) | 6 | 12,5% | беспокоится обо мне/ интересуется мной/ интересовался моей жизнью/ искренне волновался за меня/ интересуется мной/  интересуется как у меня дела |
| понимает меня (слышит) | 6 | 15,5% | пытается меня понять / понимает меня / слышит меня / слушал меня /понимал меня / думает о моих чувствах / |
| разговаривает со мной | 5 | 10,5% | говорил со мной / говорит со мной / разговаривает со мной / разговаривал со мной / общался со мной / |
| думает о последствиях | 3 | 6% | сначала думает прежде чем говорить / думал о своём проведении/ думает о последствиях |
| приезжает | 2 | 4% | приезжает / приезжал навестить меня |
| проявляет эмоции | 2 | 4% | хвалит меня / проявляет эмоции по отношению ко мне/ |
| не пьёт | 1 | 2% | не пьет / просыхает |
| заботится | 1 | 2% | заботится обо мне |
| счастлив | 6 | 12,5% | доволен / счастлив / счастлив / был счастлив / бывает по-настоящему счастливым / в хорошем настроении |
| пил | 1 | 2% | пил |