

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования

«Красноярский государственный педагогический университет
им. В.П. Астафьева»
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Факультет начальных классов
Кафедра педагогики и психологии начального образования

Булахова Наталья Петровна

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

ТЕМА: Гендерная специфика психологического консультирования мужчин и женщин среднего возраста с признаками расстройства пищевого поведения

Направление подготовки 44.04.02 Психолого-педагогическое образование

Направленность (профиль) образовательной программы:

Мастерство психологического консультирования

ДОПУЩЕНА К ЗАЩИТЕ:

Заведующая кафедрой

к.п.н., доцент Мосина Н.А.

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

28.11.25 Мосина

(дата, подпись)

Руководитель магистерской программы:

к.п.н., доцент Сафонова М.В.

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

Сафонова

(дата, подпись)

Научный руководитель:

к.п.н., доцент Сафонова М.В.

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

Сафонова

(дата, подпись)

Обучающийся: Булахова Н.П.

(фамилия, инициалы)

28.11.2025 Булахова

(дата, подпись)

Красноярск 2025

СОДЕРЖАНИЕ

Реферат.....	3
Введение.....	10
Глава 1. Теоретические предпосылки исследования гендерной специфики психологического консультирования мужчин и женщин с признаками расстройства пищевого поведения.....	16
1.1. Феномен расстройства пищевого поведения: история понятия, система форм проявления, критерии диагностирования.....	16
1.2. Особенности возникновения признаков расстройства пищевого поведения у мужчин и женщин среднего возраста.....	31
1.3. Специфика индивидуального психологического консультирования при работе с мужчинами и женщинами с признаками расстройства пищевого поведения.....	30
Выводы по Главе 1.....	48
Глава 2. Организация опытно-экспериментальной работы по выявлению гендерной специфики психологического консультирования и коррекции поведения мужчин и женщин с признаками расстройства пищевого поведения.....	49
2.1. Методическая организация исследования. Результаты констатирующего эксперимента и их обсуждение.....	49
2.2. Организация и проведение формирующего эксперимента.....	79
2.3 Результаты формирующего эксперимента и их обсуждение.....	135
Выводы по Главе 2.....	155
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	157
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	159
Приложения.....	170

Реферат

Диссертация на соискание степени магистра по направлению подготовки 44.04.02 Психолого-педагогическое образование, направленность «Мастерство психологического консультирования» и теме «Гендерная специфика психологического консультирования мужчин и женщин среднего возраста с признаками расстройства пищевого поведения».

Объем — 200 страниц, включая 30 рисунков, 4 таблицы, 3 приложения.

Количество использованных источников — 90.

Цель работы — теоретически обосновать и экспериментально апробировать программу индивидуального психологического консультирования мужчин и женщин среднего возраста с признаками расстройства пищевого поведения с учетом гендерных особенностей.

Объект исследования — процесс снижения уровня проявления признаков РПП у мужчин и женщин среднего возраста.

Предмет исследования — индивидуальное психологическое консультирование на основе интегративного подхода как средство снижения уровня проявления признаков РПП у мужчин и женщин среднего возраста.

Гипотеза исследования: процесс снижения уровня проявления признаков РПП у мужчин и женщин среднего возраста будет результативным, если:

- 1) будет учтена гендерная специфика проявления признаков РПП;
- 2) психологическая работа будет направлена на следующие признаки РПП: низкая самооценка, неудовлетворенность образом тела, тревога, депрессия, чувство стыда и вины, дисфункциональное пищевое поведение;
- 3) будет использован интегративный подход с включением техник из когнитивно-поведенческой терапии, рационально-эмоционально поведенческой терапии, арт-терапии и логотерапии.

Теоретическую и методическую основу исследования составили:

1. Исследования в области возрастной психологии, возрастной периодизации психического развития людей среднего возраста (Э. Эриксон, Б.Г. Ананьев, И.Г. Малкина-Пых, И.В. Шаповаленко, Г. Шихи);

2. Основы психологического консультирования (Б.Д. Карвасарский, Р. Кочюнас, А.Е. Айви), в том числе по вопросам питания (М. Херрин, М. Ларкин, В.С. Аграс, Р.Ф. Эпл);

3. Психологические подходы в области арт-терапии (А.И. Копытин), КПТ (А. Бэк, Дж. Бэк), РЭПТ (Э. Эллис) и логотерапии (В. Франкл).

Методы исследования. Для решения поставленных задач применялся комплекс теоретических и эмпирических методов исследования.

1. Теоретические — анализ отечественной и зарубежной научной литературы по проблеме исследования, ее обобщение и моделирование.

2. Эмпирические — опросные методы (интервью), тестирование, формирующий эксперимент (индивидуальное консультирование). В качестве конкретных психодиагностических методик применялись: Опросник пищевых предпочтений (ЕАТ-26), Шкала оценки уровня удовлетворенности образом тела и Опросник образа собственного тела О.А. Скугаревского, Методика исследования самооценки личности С.А. Будасси, тест на Тревожность и депрессию К.К. Яхина, Д.М. Менделевича.

3. Статистические — качественный и количественный анализ данных, корреляционный анализ, метод математической обработки Т-критерия Вилкоксона.

Экспериментальную базу составили 41 респондент — 28 женщин и 13 мужчин, в возрасте от 25 до 33 лет, добровольно согласившиеся на участие в исследовании.

Апробация исследования. По теме исследования имеются две

публикации.

Выступление на конференции «Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал: материалы XI Международной научно-практической конференции (г. Красноярск, 14–15 ноября 2024 г.)» с докладом.

Научная новизна заключается в выявлении и систематизации признаков РПП у мужчин и женщин с учетом гендерных особенностей; а также описана специфика программы психологического консультирования, учитывающая личностные особенности таких клиентов и состоящая из различных методов и подходов для работы с поведенческими, эмоциональным и когнитивным аспектами.

Теоретическая значимость. Результаты, полученные в ходе исследования, могут дополнить научную базу по теме расстройств пищевого поведения у людей среднего возраста, и привести новые данные о возможностях различных подходов в вопросе РПП.

Практическая значимость заключается в разработке программы психологического консультирования с применением интегративного подхода для мужчин и женщин среднего возраста с признаками РПП.

Структура работы. Работа состоит из реферата, введения, двух глав, заключения, списка литературы и приложений.

Во введении описана актуальность работы, новизна, цели и задачи исследования, научная и практическая значимость диссертационного исследования.

В Главе I представлен обзор исследований по вопросам расстройства пищевого поведения у мужчин и женщин; проанализированы характерные особенности среднего возраста и их взаимосвязь с развитием признаков РПП; а также описаны особенности психологического консультирования в рамках

интегративного подхода.

В Главе II описаны результаты экспериментов; разработана коррекционная программа по работе с клиентами с признаками РПП; проанализированы количественные и качественные результаты формирующего эксперимента. Сделаны выводы.

В Заключении изложены основные выводы по результатам диссертационного исследования. В приложениях результаты экспериментов и протоколы консультаций.

Таким образом, в ходе теоретической и экспериментальной работы положения гипотезы получили подтверждение, задачи исследования решены, цель достигнута.

Abstract

A dissertation for a master's degree in the field of training 44.04.02 Psychological and pedagogical education, focus "Mastery of psychological counseling" and the topic "Gender specificity of psychological counseling of middle-aged men and women with signs of an eating disorder".

The volume is 200 pages, including 30 figures, 4 tables, 3 appendices.

The number of sources used — 90.

The purpose of the research is to theoretically substantiate and experimentally test a program of individual psychological counseling for middle-aged men and women with signs of an eating disorder, taking into account gender characteristics.

The object of research is the process of reducing the manifestation of eating disorder symptoms in middle-aged men and women.

The subject of research is individual psychological counseling based on an integrative approach as a means of reducing the manifestation of eating disorder

symptoms in middle-aged men and women.

The hypothesis of the research is reducing the level of eating disorder symptoms in middle-aged men and women will be effective if:

1) the gender-specific manifestation of eating disorder symptoms are taken into account;

2) psychological work will be aimed at the following signs of eating disorders: low self-esteem, dissatisfaction with body image, anxiety, depression, feelings of shame and guilt, dysfunctional eating behavior;

3) an integrative approach will be used, including techniques from cognitive behavioral therapy, rational emotive behavioral therapy, art therapy and logotherapy.

Theoretical and methodological foundations of the study:

1. Research in the field of developmental psychology, age-related periodization of mental development of middle-aged people (E. Erikson, B.G. Ananyev, I.G. Malkina-Pykh, I.V. Shapovalenko, G. Shikhi);

2. Fundamentals of psychological counseling, including nutrition issues (B.D. Karvasarsky, R. Kochyunas, A.E. Ivy, M. Herrin, M. Larkin, V.S. Agras, R.F. Apple);

3. Literature on psychological cases in the field of art therapy (A.I. Kopytin), CBT (A. Beck, J. Beck), REBT (E. Ellis) and logotherapy (V. Frankl).

Research methods:

1. Theoretical — analysis of domestic and foreign scientific literature on the research problem, its generalization, and modeling.

2. Empirical — survey methods (interviews), testing, formative experiment (individual counseling). The following specific psychodiagnostic methods were used: the Food Preference Questionnaire (EAT-26), the Body Image Satisfaction Scale and the Body Image Questionnaire by O.A. Skugarevsky, the Methodology for Studying Personality Self-Esteem by S.A. Budassi, and the Anxiety and Depression Test by K.K. Yakhin and D.M. Mendelevich.

3. Statistical — qualitative and quantitative data analysis, correlation analysis,

mathematical processing method of the Wilcoxon T-test.

Experimental base of the research: 41 respondents, 28 women and 13 men, aged 25 to 33, who voluntarily participated in the study.

Testing of the research results is 2 publications on the research topic.

Presentation at the conference “Human Psychological Health: Life Resource and Life Potential: Proceedings of the XI International Scientific and Practical Conference (Krasnoyarsk, November 14–15, 2024)” with a report.

The scientific novelty of research the identification and systematization of signs of eating disorders in men and women, taking into account gender characteristics; and also describes the specifics of a psychological counseling program that takes into account the personal characteristics of such clients and consists of various methods and approaches for working with behavioral, emotional and cognitive aspects.

The theoretical significance: The results obtained during the study may add to the scientific base on the topic of eating disorders in middle-aged people and provide new data on the possibilities of various approaches to the issue of eating disorders.

The practical significance consists of in the development of a psychological counseling program using an integrative approach for middle-aged men and women with signs of eating disorders.

Dissertation structure: The work consists of an abstract, an introduction, two chapters, a conclusion, a list of references and appendices.

The Introduction describes the relevance of the work, its novelty, goals and objectives of the research, and the scientific and practical significance of the dissertation research.

Chapter 1 provides an overview of research on eating disorders in men and women, analyzes the characteristics of midlife and their relationship with the development of eating disorder symptoms, and describes the features of psychological counseling within the framework of an integrative approach.

Chapter 2 describes the experimental results; a correction program for working with clients with signs of eating disorders is developed; the quantitative and qualitative

results of the formative experiment are analyzed. Conclusions are drawn.

In the conclusion, presents the main findings of the dissertation research. The appendices contain the experimental results and consultation protocols.

Thus, in the course of theoretical and experimental work, the provisions of the hypothesis were confirmed, the research objectives were solved, and the goal was achieved.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Первые упоминания о расстройствах пищевого поведения (далее — РПП) зафиксированы в работах Авиценны в 1115 году (случай отказа от еды), но клиническое описание вышло только в 1689 году в работе Ричарда Мортонна, где речь идет о нервной анорексии [58, с. 65]. Однако уже в 1977 Международная классификация болезней включила их в МКБ-9, а в 1980 году на страницах DSM-III впервые появляется полное описание РПП [86, с. 1402–1413].

Критерии диагностирования РПП продолжали эволюционировать. Так, в МКБ-10 в 1990 году была пересмотрена их классификация, а DSM вносила изменения еще 4 раза. В 2000 году состоялась еще одна корректировка, а последняя версия РПП появилась в DSM-V в 2013 году [86, с. 1402–1413]. Все это говорит как о росте распространенности данного явления, так и о повышении интереса психотерапевтов к нему.

РПП в ряде работ рассматривают как явление, характерное для женщин, что связано во многом с социальными факторами. Так, образ идеального женского тела в массовой культуре стал синонимом таких понятий, как «успешность» и «благополучие» [25], [62]. Однако в современном мире и мужчины подвержены тенденции соответствовать «стандартам красоты», что может быть связано с выбором профессии в сфере моделинга, актерского мастерства, спорта и пр. Например, за последние десятилетия соотношения распространенности РПП у женщин и мужчин сдвинулось с 10:1 к 9:1 [72, с. 40].

Об актуальности исследования рассматриваемого понятия говорит и количество публикаций на эту тему. По данным поиска на платформе электронной научной библиотеки Elibrary, с начала 21 века (2000–2001 гг.) по ключевым словам было найдено работ: «расстройства пищевого поведения» — 0, «булимия» — 0, «анорексия» — 4, «переедание» — 2. В период с 2023 по 2024

год количество научных трудов выросло в несколько раз: «расстройства пищевого поведения» — 320, «булимия» — 88, «анорексия» — 127, «переедание» — 88.

Так, с 2020 по 2025 год рассматриваемый феномен был изучен в таких аспектах, как: жизненные стили женщин с РПП (А.В. Цапенко); расстройства пищевого поведения при сахарном диабете 2 типа (Е.С. Малолеткина); соматические проявления при нервной анорексии (А.М. Сергеева); эпидемиологические особенности ожирения и влияние РПП на его формирование (Н.В. Дзень); лечение социальной фобии с сопутствующим РПП у студентов-медиков (С.О. Афанасьев).

С учетом всего вышесказанного, на наш взгляд, одним из перспективных исследований в этом научном направлении может стать формирование такого комплексного подхода работы с РПП, в котором учитывалась бы гендерная специфика клиента.

С каждым годом начиная с 70–80-х гг., когда гендерная психология за рубежом перешла в разряд самостоятельной науки, внимание к этому научному направлению только растет. В отечественной психологии рассматривают, например, специфику формирования образа тела с учетом гендерной идентичности у мужчин и женщин (Ю.В. Чебакова и др.; Н.В. Дворянчиков, М.М. Харланова); особенности гендерного развития в профессии (А.С. Дамадаева); связь гендера и протекания РПП (М.А. Цивилько и др.; А.И. Абраменков, Е.А. Бурина); влияние мезосреды на формирование гендерной идентичности (П.Р. Мататова); специфику проживания экзистенциальных страхов в различных гендерно-возрастных группах (Е.В. Турик); ценностно-смысловую сферу женщин (Е.К. Ярославкина);хождение самоопределения среди юношей и девушек (Л.Г. Степанова); связь полоролевой идентичности

личности и развитие эмоционального стресса (Т.С. Горзий).

Цель работы — теоретически обосновать и экспериментально апробировать программу индивидуального психологического консультирования мужчин и женщин среднего возраста с признаками расстройства пищевого поведения с учетом гендерных особенностей.

Объект исследования — процесс снижения уровня проявления признаков РПП у мужчин и женщин среднего возраста.

Предмет исследования — индивидуальное психологическое консультирование на основе интегративного подхода как средство снижения уровня проявления признаков РПП у мужчин и женщин среднего возраста.

Гипотеза исследования: процесс снижения уровня проявления признаков РПП у мужчин и женщин среднего возраста будет результативным, если:

- 1) будет учтена гендерная специфика проявления признаков РПП;
- 2) психологическая работа будет направлена на следующие признаки РПП: низкая самооценка, неудовлетворенность образом тела, тревога, депрессия, чувство стыда и вины, дисфункциональное пищевое поведение;
- 3) будет использован интегративный подход с включением техник из когнитивно-поведенческой терапии, рационально-эмоциональной терапии, арт-терапии и логотерапии.

Задачи исследования:

1. Проанализировать отечественные и зарубежные научные труды по проблеме исследования.
2. Определить и систематизировать признаки проявления РПП у мужчин и женщин среднего возраста на базе изученной литературы.
3. Рассмотреть возможности индивидуального психологического консультирования в качестве инструмента снижения уровня проявления признаков РПП.

4. Подобрать комплекс диагностических инструментов для выявления признаков РПП среди мужчин и женщин среднего возраста.

5. Изучить и описать уровни и особенности проявления признаков РПП у мужчин и женщин.

6. Разработать и апробировать программу индивидуального психологического консультирования с учетом гендерной специфики проявления признаков РПП.

7. Проследить динамику уровня проявления признаков РПП у мужчин и женщин среднего возраста до и после формирующего эксперимента.

8. Проверить гипотезу исследования с помощью методов математической статистики.

Методы исследования. Для решения поставленных задач применялся комплекс теоретических и эмпирических методов исследования.

1. Теоретические — анализ отечественной и зарубежной научной литературы по проблеме исследования, ее обобщение и моделирование.

2. Эмпирические — опросные методы (интервью), тестирование, формирующий эксперимент (индивидуальное консультирование). В качестве конкретных психодиагностических методик применялись: Опросник пищевых предпочтений (ЕАТ-26), Шкала оценки уровня удовлетворенности образом тела и Опросник образа собственного тела О.А. Скугаревского, Методика исследования самооценки личности С.А. Будасси, тест на Тревожность и депрессию К.К. Яхина, Д.М. Менделевича.

3. Статистические — качественный и количественный анализ данных, корреляционный анализ, метод математической обработки Т-критерия Вилкоксона.

Теоретическую и методическую основу исследования составили:

1. Исследования в области возрастной психологии, возрастной периодизации психического развития людей среднего возраста (Э. Эриксон,

Б.Г. Ананьев, И.Г. Малкина-Пых, И.В. Шаповаленко, Г. Шихи);

2. Основы психологического консультирования (Б.Д. Карвасарский, Р. Кочюнас, А.Е. Айви), в том числе по вопросам питания (М. Херрин, М. Ларкин, В.С. Аграс, Р.Ф. Эпл);

3. Психологические подходы в области арт-терапии (А.И. Копытин), КПТ (А. Бэк, Дж. Бэк), РЭПТ (Э. Эллис) и логотерапии (В. Франкл).

Экспериментальную базу составили 41 респондент — 28 женщин и 13 мужчин, в возрасте от 25 до 33 лет, добровольно согласившиеся на участие в исследовании.

Апробация исследования. По теме исследования имеются две публикации.

Выступление на конференции «Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал: материалы XI Международной научно-практической конференции (г. Красноярск, 14–15 ноября 2024 г.)» с докладом.

Научная новизна заключается в выявлении и систематизации признаков РПП у мужчин и женщин с учетом гендерных особенностей; а также описана специфика программы психологического консультирования, учитывающая личностные особенности таких клиентов и состоящая из различных методов и подходов для работы с поведенческими, эмоциональным и когнитивным аспектами.

Теоретическая значимость. Результаты, полученные в ходе исследования, могут дополнить научную базу по теме расстройств пищевого поведения у людей среднего возраста, и привнести новые данные о возможностях различных подходов в вопросе РПП.

Практическая значимость заключается в разработке программы психологического консультирования с применением интегративного подхода

для мужчин и женщин среднего возраста с признаками РПП.

Структура работы. Работа состоит из реферата, введения, двух глав, заключения, списка литературы и приложений.

Во введении описана актуальность работы, новизна, цели и задачи исследования, научная и практическая значимость диссертационного исследования.

В Главе I представлен обзор исследований по вопросам расстройства пищевого поведения у мужчин и женщин; проанализированы характерные особенности среднего возраста и их взаимосвязь с развитием признаков РПП; а также описаны особенности психологического консультирования в рамках интегративного подхода.

В Главе II описаны результаты экспериментов; разработана коррекционная программа по работе с клиентами с признаками РПП; проанализированы количественные и качественные результаты формирующего эксперимента. Сделаны выводы.

В Заключении изложены основные выводы по результатам диссертационного исследования. В приложениях результаты экспериментов и протоколы консультаций.

Библиографический список включает 90 источников.

Глава 1. Теоретические предпосылки исследования гендерной специфики психологического консультирования мужчин и женщин с признаками расстройства пищевого поведения

1.1. Феномен расстройства пищевого поведения: определение понятия, виды, критерии диагностирования

Как отмечает М.Ю. Дурнева, у человека пищевое поведение приобретает «дополнительные переносные значения, связанные с задачами самоутверждения, самопрезентации, самовыражения, то есть становится универсальным языком формирования социальных посланий» [25, с 3].

Например, Л. Малви сравнил образы мужчин и женщин в рекламе косметических средств по уходу за собой, продуктов питания и одежды, и пришел к выводу, что:

— мужчины показаны в роликах богатыми, успешными, уверенными в себе, серьезными, со спортивной внешностью. Причем на первом месте в рекламе был товар, а человек скорее играл роль фонового дополнения;

— женщины же привлекали к себе внимание, являлись центральным элементом ролика, были ухоженными, внешне притягательными, с определенной степенью сексуальности, стройными, подтянутыми и счастливыми [39, с. 280–297].

Согласно исследованию Р. Комера, западные стандарты женской привлекательности оказывают значительное влияние на рост серьезных расстройств питания [35], ведь в стремлении соответствовать этому эталону люди прибегают к использованию экстремальных видов похудения: жестких диет, голодания, приему различных препаратов, [62, с. 57], [25, с. 5], [52], что, в свою очередь, повышает риск развития РПП.

Например по результатам исследования ученых M. Galmiche, P. Déchelotte,

G. Lambert, M.P. Tavoracci, проведенного в 2019 году, людей с диагнозом РПП зафиксировано в Америке 4,6% (2,0–3,5%), в Европе 2,2% (0,2–3,1%) и в Азии 3,5% (0,6–7,8%), а общее распространение для женщин составило 19,4% (6,5–36,0%) и 13,8% (3,6–27,1%) для мужчин [86, с. 1402–1413].

В нашей работе мы разграничиваем расстройства пищевого поведения (РПП) от расстройства питания (РП). В МКБ-11 эти понятия трактуются следующим образом:

— РП — «нарушения поведения, не связанные беспокойством весом или фигурой, такие как поедание несъедобных веществ или умышленное срыгивание съеденного»;

— РПП — «аномальное поведение, связанное с приемом пищи, и озабоченность едой, что сопровождается выраженной беспокойством весом и фигурой» [45].

В определении понятия «расстройства пищевого поведения» можно выделить ряд характерных черт:

1. Повторяющееся аномальное пищевое поведение, которое не соответствует особенностям возрастного развития, не является культурно приемлемым (полный контроль питания или отказ от него, неконтролируемое потребление пищи) и приводит к нарушению усвоения пищи, ухудшению физического и психоэмоционального состояния [45], [83, с. 329], [29, с. 96], [49], [57], [52].

2. Озабоченность едой, которая сопровождается выраженной беспокойством весом и фигурой [45], [83, с. 329], [29, с. 96], [57], [52].

3. Искаженное восприятие своего тела [45], [83, с. 329], [29, с. 96], [25], [52], [84], которое характеризуется тремя аспектами: а) «расстройством восприятия», где отдельные части тела кажутся очень большими; б) «расстройством когнитивного и аффективного функционирования», что включает негативную оценку своей внешности; в) «поведенческими

нарушениями», когда регулярно проводится «перепроверка тела» и избегаются тревожащие ситуации (посещение пляжа или бассейна и пр.) [58, с. 152].

К факторам, которые повышают риск возникновения РПП, относят генетический, психологический и социальный.

1. **Генетический фактор.** В исследовании причин возникновения РПП А.О. Кибитов и Г.Э. Мазо отмечают, что в рамках биопсихосоциальной модели развитие этого заболевания возможно «при взаимодействии трех доменов: биологического (генетического), личностного и социального, каждый из которых имеет свой уровень генетического контроля» [34, с. 64].

Так, генетические факторы — особенности генов — могут послужить причиной РПП и определить его биологическую основу; влияние же личностных факторов (темперамент, характер и черты личности) заметно еще на преморбидном состоянии; а последние связаны с социальным функционированием и адаптацией [34, с. 64]. Доля наследственности в среднем составляет для булимии 55%, анорексии 56–70%, приступообразного переедания 49–57% [34, с. 64–65].

Как отмечает О.А. Скугаревский, наличие РПП у родственников дает «практически 10-кратное увеличение риска развития таких расстройств по сравнению с родственниками здоровых людей» [58, с. 36]. При психогенном переедании генетическая предрасположенность «является “благоприятной почвой” для развития данного вида нарушения пищевого поведения, что создает трудности в психокоррекции и психотерапии» [17, с. 52].

2. **Психологические факторы.** К ним относят: заниженную самооценку, самокритичность, эмоциональную опустошенность, тревожность, ощущение собственной несостоятельности и неполноценности, дисфункциональные когнитивные стили, алекситимию, перфекционизм, субъективное отношение к телу [25], [48], [52].

Как отмечает М.Ю. Келина, самооценка большего всего влияет на

формирование РПП [33, с. 160]. Однако автор рассматривает и ряд других факторов: личностные особенности (например, самокритичность, перфекционизм, склонность к зависимостям); специфика копинг-стратегий; влияние СМИ; стиль детско-родительских отношений; характер межличностных отношений [33, с. 161–163].

3. **Социальные факторы.** Они могут быть представлены двумя типами:

- *Семейные причины*, включающие в себя особенности воспитания и стратегии реагирования на внешние обстоятельства. Например, Т.Г. Вознесенская отмечает, что анализ тучных семей показал ряд закономерностей: пища является ведущим источником удовольствия; любой дискомфорт ребенка оценивается матерью как голод; нет научения другим способам поведения во время стресса кроме еды; формальная гиперопека матери, где нужно либо ребенка накормить, либо одеть [19].

- *Социальное окружение.* В ходе исследования М.Ю. Дурнева выявила, что у девушек подросткового и юношеского возраста риск возникновения РПП связан с «трудностями социальной адаптации и установления межличностных отношений с окружающими людьми, а также выраженным влиянием социокультурного фактора, ассоциирующего физическую привлекательность с таким важными аспектами жизни, как счастье, успешная работа, социальное принятие» [25, с. 17]. Как отмечает Л.Г. Пономарева, что окружение оказывает большое влияние на формирование образа своего тела и в случае низкой самооценки контроль над телом может выступать «компенсатором неуверенности в социальном окружении» [52].

Здесь же можно отметить влияние профессиональной сферы. Так, С.С. Пиюкова исследуя факторы, способствующие развитию РПП у военнослужащих, отмечает такие причины, как: возможность ПТСР и специфичное отношение к еде (в одних ситуациях необходимо употреблять

большое количество пищи, в других — ограничиваться малым) [50, с.184].

В DSM-V к РПП относят нервную анорексию (НА), нервную булимию (НБ), синдром переедания (СП) и РПП без дополнительных указаний. В нашей работе мы подробно рассматриваем НА, НБ, СП.

Нервная анорексия определяется как «чересчур малое потребление пищи или полный отказ от потребления пищи, вследствие которого пациент имеет сверхнизкую массу тела» [49, с.15]. В DSM-V к ее диагностическим критериям относят: ограничительное потребление еды, которое приводит к значительному снижению массы тела; нарушение восприятия массы или формы тела, с чем связаны сильный страх набрать вес и навязчивое поведение, препятствующее этому [83, с. 338–339].

Если высокие показатели НА у девочек наблюдаются в возрасте 13–20 лет, то начало НБ варьируется от 16 и до 35 лет [58, с. 78]; причем у 62% пациентов с НА, не достигших ремиссии, НБ развивается через 8 [62, с. 58]. Начало НА и НБ у мужчин приходится на возраст 15–25 лет.

К дифференциальным признакам нервной анорексии О.А. Скугаревский относит: низкую массу тела; возникновение в начале-середине подросткового возраста или до периода полового созревания; отсутствие предшествующих расстройств; редкое обращение за помощью; может диагностироваться у мальчиков; дополнительно наблюдаются тревожные, обсессивно-компульсивное расстройство, депрессия [58, с. 88].

Автор отмечает, что с позиции нозологического подхода, можно проследить динамику протекания этого заболевания, где выделяется 4 этапа [58, с. 141–142]:

1. Инициальный этап характеризуется недовольством касательно своего внешнего вида и желанием его изменить.

2. Анорексический этап представляет собой активное снижение веса на 20–50% от начального показателя и возникновением сомато-эндокринных

осложнений.

3. Качественный, или этап физического истощения, который характеризуется сомато-эндокринными осложнениями.

4. Этап редукции НА состоит в нормализации веса и физического состояния, что сопровождается попытками ограничить количество пищи (активизация страха полноты).

В работе М. Херрин и М. Ларкин «Консультирование по вопросам питания при лечении расстройств пищевого поведения» авторы выделяют подробный перечень поведенческих, эмоциональных и когнитивных особенностей НА [69, с. 41]:

— *Поведенческие особенности*: контроль питания и веса (например, частые взвешивания); голодание; наличие компенсаторного поведения; ритуальное пищевое поведение, а также жесткие правила и графики приема пищи; игры с едой (например, есть из детской посуды); чрезмерные физические нагрузки; отказ есть на глазах других и переедание в тайне; многослойность одежды или оверсайз, чтобы скрыть худобу; социальная изоляция; сниженный интерес к сексу.

— *Эмоциональные особенности*: страх еды; страх набрать вес; раздражительность; ненависть к себе; чувство собственной ничтожности.

— *Когнитивные особенности*: дихотомическое мышление; когнитивный дефицит и трудности с четким мышлением; асоциальность; суицидальные мысли; перфекционизм; низкая самооценка; эгоцентричность.

Ряд исследователей к причинам возникновения НА относят: страх стать женщиной; влияние стандартов красоты; отношения в семье; этап взросления и связанный с ним разрыв с матерью; уровень самооценки и удовлетворенности своим телом; нарушение гендерной идентичности; андрогинность; критика; высокий уровень тревожности; перфекционизм и явная самокритичность [62],

[33].

Как отмечает О.К. Труфанова, однозначного ответа о причинах возникновения НА пока нет. Сторонники психоанализа определяют ее как: «бессознательное бегство от сексуальной жизни, боязнь стать женщинами; девочки перестают есть и тем самым задерживают развитие организма, у них исчезают месячные; они стремятся вернуться в детство, отказываются от беременности, у них фрустрирована оральная фаза психосексуального развития и т.д.» [62, с. 58]. Отличная от этого позиция противников психоанализа отмечает причину в «нарушении тончайших биохимических процессов головного мозга»; а поведенческие психологи считают, что «виноват во всем шоу- и медиабизнес, культивирующий “худосочных идолов”» [62, с. 59].

Например, Ю.В. Чебакова, А.В. Чусова, К.А. Дунаева рассматривают НА у женщин через призму гендерной идентичности и выделяют два механизма ее формирования [73]. В первом варианте при НА без дефицита веса у ребенка происходит рассогласование гендерного стереотипа (ГС) и гендерного идеала (ГИ), где ГС — феминный, а ГИ представлен образом матери с ярко выраженным маскулинным характером. Внутренний гендер девочки не справляется с интеграцией этих двух полюсов, тем самым выводя на бессознательный уровень маскулинные черты: «Болезнь в данном случае выступает в качестве получения большей женственности, но не путем принятия феминных репрезентаций из гендерного стереотипа, а через стремление к гендерному идеалу, то есть к маскулинному образу матери» [73]. НА с дефицитом веса имеет другой механизм формирования гендерной идентичности, огромное влияние на которую оказывает ГИ андрогинной матери и ГС, наполненный незначительными феминными чертами: «внутренний гендер, не получая в процессе развития выраженных репрезентаций феминного и маскулинного полюсов, оказывается недифференцированным, хаотично наполненным теми или иными характеристиками, в связи с чем выраженное значение приобретает фактор

социальной желательности» [73].

Связь РПП и с ролью семьи и детско-родительских отношений выделяют Е.Е. Балакирева, Н.В. Зверева, Л.П. Якупова в работе «Психологическая квалификация когнитивных нарушений при нервной анорексии у детей и подростков». Авторы отмечают, что в семьях, где дети страдают НА, наблюдается повышенный контроль со стороны родителей; высокий уровень социальных притязаний со стороны семьи; низкий уровень эмпатии со стороны родителей. Роли отца и матери также анализировались: «Наличие или отсутствие отца в семье не обязательно является значимым фактором при возникновении и развитии НА у девочек. При этом часто отмечается факт симбиотической связи больных с матерью» [9, с.31].

Как отмечают М.А. Цивилько, М.В. Коркина, А.Е. Брюхин и др., НА у мужчин выделяется сочетанием шизоидных и астенических черт характера и протекает в рамках шизофренического процесса. При этом заболевание тесно связано с «дисморфофобическими переживаниями при наличии преморбидной избыточной полноты, либо с бредовыми расстройствами, касающимися недовольства собственной внешностью, а также с ипохондрическими бредовыми идеями, идеями самосовершенствования, нередко с явлениями метафизической интоксикации» [72, с. 40]. Отмечается также «наследственная отягощенность шизофренией, алкоголизмом, психопатиями, тревожной депрессией, нервной анорексией, различными аномалиями характера» [Там же, с. 40].

Нервная булимия — это «чрезмерное потребление пищи, после которого следует избавление от неё путём вызова рвотного рефлекса или приёма соответствующих лекарственных средств (слабительного, мочегонного и т.д.)» [49, с.15]. Ее диагностические критерии определяются как: повторяющиеся эпизоды приступообразного переедания, которые сопровождаются ощущением потери контроля над количеством съеденного и прибеганием к компенсаторному поведению не реже одного раза в неделю в течение 3 месяцев (рвота,

злоупотребление слабительными, мочегонными или другими лекарствами, голодание, чрезмерные физические нагрузки) [83, с. 338–339].

К признакам НБ О.А. Скугаревский относит: нормальную массу тела; возникновение к концу подросткового возраста, редко до периода полового созревания; НА предшествует возникновению; пациенты обращаются за помощью; обычно диагностируется у девочек; дополнительно могут наблюдаться депрессия, самоповреждения, злоупотребление психотропными веществами [58, с. 88].

Поведенческие, эмоциональные и когнитивные особенности людей с НБ (здесь же СП) описывают М. Херрин и М. Ларкин [69, с. 50–51]:

— *Поведенческие особенности*: употребление большого количества пищи (большинство людей не съели бы столько же в течение аналогичного периода времени и при таких же обстоятельствах); ощущение потери контроля во время приема пищи; повторяющееся компенсаторное поведение (вызывание рвоты, прием слабительных и диуретиков); чрезмерная физическая нагрузка не реже 1 раза в неделю в течение 3 месяцев; добыча и хранение пищи втайне; голодание; навязчивые паттерны (частные взвешивания); злоупотребление наркотиками или алкоголем; суицидальное поведение и самоповреждения; непоследовательность в отношениях, желаниях и действиях; нарушение сна.

— *Эмоциональные особенности*: нет связи со своими чувствами, поэтому их трудно определить, назвать и выразить; ненависть к себе и чувство отвращения.

— *Когнитивные особенности*: навязчивые мысли о внешнем виде, весе, размерах тела и цикле РПП; желание социального контакта одобрения часто сменяется отстраненностью; убеждение, что у меня «должно быть все»; перфекционизм.

Для возникновения НБ характерны следующие причины: генетическая предрасположенность к полноте, комплекс неполноценности, выраженная

алекситимия, перфекционизм, низкая самооценка и явная неудовлетворенность своим телом, озабоченность употреблением еды, феминность, травмирующие переживания, склонность к зависимостям [62], [33, с.160].

Например, Р.И. Новиков, В.А. Куташов, изучая восприятие образа тела при НБ, отметили, что у женщин с РПП снижена самооценка по таким параметрам, как «здоровье, взаимоотношения с родителями, взаимоотношения с окружающими, внешность, уверенность в себе, а удовлетворенность собственным телом носит специфичный, избирательный характер» [47].

По данным исследования Е.В. Каменецкой, Т.А. Ребеко, пациенты с РПП, включающими переедание, имеют сложности с построением межличностных отношений: «Они либо склонны к слиянию, плохо отличают свои чувства и потребности от чувств и потребностей других людей. Либо выстраивают жесткие непроницаемые границы, т.к. близкие отношения являются угрозой потери их идентичности» [30, с. 62]. Как отмечают авторы, период до 3-х лет в развитии ребенка сопровождается осознанием своего Я, разделением его от Не-Я и формированием базового доверия к миру, значимую роль в формировании которого играет положительный образ матери [30, с. 59]. В случае если Я остается не дифференцирован, человеку сложно осознавать границы образа тела, что приводит к противоречивому отношению к контакту с миром и другими людьми: «С одной стороны, люди остро ощущают одиночество и желают симбиотической близости, с другой стороны, они ощущают угрозу, которую несут любые близкие отношения <...>» [30, с. 59]. В связи с этим, переедание можно рассматривать как способ справиться с тяжелым периодом одиночества, избежать слияния и, при дискомфорте от большого объема еды, ощутить границы тела.

Связь гендера с особенностями протекания РПП отметили М.А. Зеленкова, Н.О. Николаева. Так, согласно исследованию, девушки с выраженными феминными чертами в стремлении снизить вес прибегают к диетам; группе же

опрошенных с проявленными маскулинными чертами свойственные использование физических нагрузок и булимические черты [28].

Компульсивное переедание — «потребление большого количества пищи за короткий промежуток времени» [49, с.15]. Диагностические критерии включают: повторяющиеся эпизоды чрезмерного потребления пищи, которое определенно превышает то, что большинство людей съели бы за аналогичный период при аналогичных обстоятельствах. Ощущение потери контроля над количеством еды и тем, что человек ест.

Разница между НБ и КП заключается в том, что для КП не предполагает компенсаторного поведения (вызывание рвоты, прием слабительных и пр.). Однако здесь стоит сделать ряд уточнений. Как пишут А.О. Кибитов, Г.Э. Мазо, большой интерес вызывал вопрос «является ли булимия отдельным заболеванием или этапом прогрессирования анорексии», поэтому приступообразное переедание было указано как новая категория только в DSM-V [34, с. 63]. Это и послужило толчком к возникновению такого подтипа НБ, как неочистительная [Там же]. На основании анализа ряда исследований авторы отмечают возможность двух подходов:

1. Представить два типа НБ — очистительная и неочистительная (сюда относится приступообразное переедание).
2. Или «рассматривать класс булимических расстройств как некий континуум, на одном полюсе которого находится приступообразное переедание, на противоположном — очистительная булимия, а между ними — неочистительная булимия» [34, с. 63].

Три формы пищевого поведения, которые приводят к перееданию, выделяет Т.Г. Вознесенская:

- 1) экстернальное пищевое поведение, где решающее значение имеет доступность еды, а реакция к приему пищи возникает на «внешние стимулы, такие как накрытый стол, принимающий пищу человек, реклама пищевых

продуктов и т.д.» [19, с. 2];

2) эмоциогенное пищевое поведение — побуждением к приему пищи становится эмоциональный дискомфорт: «человек ест не потому что голоден, а потому что беспокоен, тревожен, раздражен, у него плохое настроение, он удручен, подавлен, обижен, раздосадован, разочарован, потерпел неудачу, ему скучно, одиноко и т.д.» [19, с.2]. Как отмечает А.В. Сидоров, в рамках психосоматической модели важную роль играет то, как долго мать «использует кормление в ответ на различные проявления негативных эмоций ребенка», поскольку при сохранении этого поведения «по мере своего роста ребенок становится неспособен различать состояние голода и другие дискомфортные состояния» [56, с. 33]. Зафиксировано, что женщины наиболее предрасположены к проявлению психогенного переедания, чем мужчины. Причем «мужчины передали в ответ на сильные негативные эмоции, направленные вовне, тогда как женщины были склонны переждать в ответ на внутреннее отвращение к себе» [Там же, с. 34].

Например, Я.К. Смирнова и О.М. Любимова к важнейшим причинам развития РПП относят «интериоризованные психологические факторы, возникающие в связи с эмоциональными переживаниями и различными жизненными ситуациями» [59, с 95]. Авторы пишут, что стремление защититься от дискомфортных эмоций ведет к замещающему поведению, где «невозможность преодолеть фрустрацию в одной сфере приводит к сверхудовлетворению в других сферах», например, прибегание к эмоциогенному перееданию [59, с 95].

Стимулом для обострения эмоциогенного пищевого поведения могут стать: на первом месте — «смерть или тяжелая болезнь близких людей», далее по убыванию значимости «известие о супружеской измене; ситуация развода; подготовка к экзаменам или провал на экзамене; ожидание значимого события при сомнениях в его благоприятном исходе; обострение конфликтов в семье или

на работе; периоды обострения переживаний по поводу неудачной, несложившейся жизни, ненужности, некрасивости» [19, с. 2].

3) ограничительное пищевое поведение: это «избыточные пищевые самоограничения и бессистемные слишком строгие диеты, к которым время от времени прибегают все больные ожирением» [19, с. 2–3]. Одной из причин развития КП становится давление социокультурных стандартов, где «стройность и красота связываются с социальным, сексуальным, межличностным и профессиональным успехом» [56, с. 31]. Причем «средний вес моделей на 23 % меньше среднего веса женщин в популяции, поэтому идеал красоты является для многих практически недостижимым» [Там же].

В работе «Психологические модели переедания и ожирения» А.В. Сидоров описывает причины возникновения КП. Автор выделяет 4 фактора: следование диетам; дистресс, который становится стимулом к приему пищи; личность с экстернальным типом пищевого поведения; влияние семьи [56]. Как видно из перечня, первые три фактора совпадают с классификацией Т.Г. Вознесенской, последний же рассмотрим подробнее.

Влияние семьи заметно там, где пища становится инструментом поддержания и формирования желательного поведения детей [56, с. 36–37]. Тут можно отметить награждения в виде сладостей; использование специфических интеракций «всегда доедать до конца»; дефицит навыков саморегуляции [56, с. 36–37]. Как пишет Р.Г. Юраго, «у подростков, переживших семейную депривацию или конфликт, риск РПП в 2–3 раза выше, чем в благополучных семьях» [80].

По замечанию О.А. Скугаревский, наличие КП прослеживается у 20–30% пациентов с ожирением [58, с. 80]. Причем в этом случае отмечается «большая частота психиатрической болезненности и худшее социальное функционирование» [Там же]. В DSM-V также отмечено, что «существуют устойчивые связи между ожирением и рядом психических расстройств

(например, компульсивным перееданием, депрессивными и биполярными расстройствами, шизофренией)» [83, с. 329]. Как отмечает К.Э. Емелин, на распространение ожирения большое влияние оказывают «психические или психологические особенности, нарушения пищевого поведения, а также снижение физической активности» [27, с. 12]. Так, на 2016 год более 2,1 миллиарда человек в мире, или $\frac{1}{3}$ и $\frac{1}{4}$ детей и подростков, классифицировались как люди с избыточным весом или ожирением [85, с. 1.], причем РПП относятся к факторам риска прогрессирования этого диагноза [70, с 19].

Исследование И.Г. Моховой, Б.Б. Пинхасова и В.Г. Селятицкой о гендерных особенностях пищевого поведения показало, что:

- различные типы нарушения пищевого поведения представлены чаще у женщин с избыточной массой тела и ожирением;
- у женщин чаще выявляются комбинированные формы нарушений ПП;
- а «синдром ночной еды» встречается чаще у мужчин, чем у женщин [46, с. 90].

Данные о распространенности РПП среди жителей США на протяжении всей жизни приводят М. Херрин, М. Ларкин, где НА представлена у 0,3% мужчин и 0,9%, НБ — 1,5% женщин и 0,5% мужчин, КП — 3,5% и 2% соответственно [69, с. 21]. Авторы отмечают, что, во-первых, у мужчин сложнее диагностировать РПП, поскольку они «менее откровенны в отношении своей проблемы из-за социального клеймения», а во-вторых, в силу большей мышечной массы по сравнению с женщинами, мужчины медленнее теряют в весе [Там же, с. 54].

На наш взгляд, здесь следует сделать дополнение к 1 пункту, что мужчины могут быть менее откровенны и в силу алекситимии, т.е. невозможности подобрать слов для выражения чувств и эмоций. Д.Г. Трунов отмечает, что педагогическая алекситимия — скудное научение ребенка родителями называть

свои эмоции и чувства или негативная реакция на них, — свойственны чаще мальчикам. По мнению автора, причины этого связаны с «социокультурными факторами, в частности с гендерными педагогическими стереотипами, ограничивающими, во-первых, вербальную коммуникацию родителей с мальчиками в эмоционально значимых ситуациях, а во-вторых, окрашивающими эту коммуникацию в негативные тона» [61, с. 95].

Еще одну причину в сложности диагностирования РПП, а именно НА, у мужчин отмечают А.Е. Брюхин, В.В. Марилов, Т.Ю. Линева: такое положение дел можно рассматривать как результат «недостаточной осведомленностью населения и врачей-интернистов о возможности развития нервной анорексии у мужчин и упорной склонностью больных к диссимуляции истинных мотивов похудения» [13, с. 99].

Данные National Centre for Eating Disorders (Национальный Центр Расстройств Пищевого Поведения) приводят А.И. Абраменков и Е.А. Бурина, согласно которым «пищевые расстройства среди мужчин имеют более серьезные социальные последствия: они общественно не одобряются, больные чаще стигматизируются и подвергаются травле, в то время как нервная анорексия и нервная булимия среди женщин более ожидаема, чаще принимается обществом как заболевание, соответствующее их полу» [1, с. 50].

Таким образом, на основании изученных научных источников, выявлены характерные признаки РПП, среди которых выделяются как общие для обоих полов, так и относящиеся только к одному из них. В нашей работе нас будут интересовать следующие особенности, которые и станут мишенями психологического консультирования: дисфункциональное пищевое поведение; высокий уровень тревоги; депрессия; чувство стыда; ненависть по отношению к себе и своему телу; страх негативной оценки; низкая самооценка и перфекционизм, выраженные в негибких категоричных убеждениях относительно себя, мира и других.

1.2 Особенности возникновения признаков расстройства пищевого поведения у мужчин и женщин среднего возраста

Согласно возрастной классификации Б.Г. Ананьева, средний возраст (первый период) для женщин составляет от 21 года до 35 лет; для мужчин от 22 до 35 [5, с. 90].

В этот период происходит, во-первых, включение в разные социальные сферы, как личные, так и общественные; во-вторых, формирование собственного видения жизни и создание семьи; в-третьих, в начале — освоение профессионального мастерства, к концу — закрепление социальных и профессиональных ролей, накопление материальных благ и связей, «лидерство в различных видах деятельности и старшинство по возрасту среди многих сотрудников и знакомых, небольшое снижение некоторых физических и умственных функций, проявляющееся при максимальной деятельности» [5, с. 93].

В работе «Идентичность и цикл жизни» Э. Эриксон выделяет три стадии развития взрослой личности, которые заключаются в формировании адекватного чувства идентичности; готовности и интересе к «появлению и воспитанию следующего поколения»; цельности, которая «подразумевает эмоциональную интеграцию, допускающую участие в форме подчинения, а также принятие на себя ответственности и роли лидера» [78].

Как отмечает И.Г. Малкина-Пых в работе «Возрастные кризисы», взрослость можно рассматривать как этап постоянного роста и развития, а также этот период «зависит от разрешения проблем предшествующих периодов — обретения «доверия и автономии, инициативы и трудолюбия» [40]. Новообразованием же в этот период выступает «достижение личностной зрелости» [Там же].

Ряд признаков взрослости выделяет И.В. Шаповаленко: «новый характер

развития, теперь в меньшей степени связанный с физическим ростом и быстрым когнитивным совершенствованием; способность реагировать на изменения и успешно приспосабливаться к новым условиям, позитивно разрешать противоречия и трудности; преодоление зависимости и способность брать ответственность за себя и других; некоторые черты характера (твердость, благоразумие, надежность, честность и умение сострадать и др.); социальные и культурные ориентиры (роли, отношения и т. д.) для определения успешности и своевременности развития во взрослости» [74, с. 384].

Период среднего возраста включает и прохождение человеком ряда кризисов. Г. Шихи выделяет два аспекта жизни личности — внешний и внутренний. Первый включает в себя определенные ценности — работу, статус, семью, социальную роль. Второй же аспект проявляется там, «где разрушающие силы начинают выводить человека из равновесия, сигнализируя о необходимости изменения и продвигая его к новой опоре на следующей ступени развития» [75, с. 13].

По мнению Э. Эриксона, всего человек проживает восемь кризисов, где шестой приходится на 21–25 лет [79, с. 15]. На этом этапе происходит переход «к решению уже собственно взрослых задач на базе сформировавшейся психосоциальной идентичности» [Там же, с. 15]. Если развитие последней происходило нормально, то возможна истинная интимность во взаимоотношениях с другими людьми, «которая действительно есть контрапункт, равно как и слияние идентичностей» [Там же, с. 146]. Причем Эриксон отмечает, что частью интимности является и способность дистанцироваться, т.е. «готовность человека отвергать, изолировать и, если необходимо, разрушать те силы и тех людей, сущность которых кажется ему опасной» [79, с. 146]. И наоборот, если человек не в состоянии вступить во взрослые взаимоотношения, то его «межличностные связи становятся весьма стереотипными, а сам он приходит к глубокому чувству изоляции»

[Там же, с. 146].

Седьмой кризис возникает во взрослом возрасте с 25 до 50 лет [79, с. 15]. Он характеризуется двумя явлениями — генеративностью и стагнацией, которые связаны с «противоречием между способностью человека к развитию, которую он получает на основании благо, приобретенного на предыдущих стадиях, и личностным застоём, медленным регрессом личности в процессе обыденной жизни» [Там же, с. 15].

Кризис молодости (20–30 лет) И.Г. Малкина-Пых определяет как период вступления «человека в интенсивную жизнь и профессиональную деятельность, периоду становления «самоутверждения себя в любви, сексе, карьере, семье, обществе» [40]. В 33–35 человек, достигнув определенного социального статуса, может столкнуться с переосмыслением полученного, задаваясь вопросом «есть ли что-то лучше этого?».

Причем по замечанию Д. Левинсона, в 30 мужчины пересматривают чаще «карьерные установки и способы их реализации, женщины — делают окончательный выбор между карьерой и семьей» [40].

Социальную природу гендера обозначил Р. Столлер, определив его, как «отличный от биологического проявления врожденного пола человека социальный конструкт, определяющий важнейшие направления жизнедеятельности человека: от его самоопределения до конкретных актов и практик поведения» [90, с. 401].

Например, гендерные особенности протекания этих периодов отмечает Г. Шихи. Автор предлагает идею «модели поведения» как способ решения задач развития у мужчин и женщин. К трем основным моделям, характерных для мужчин, автор относит:

- неустойчивые — те, кто не сумел сформировать внутренние устойчивые ориентиры в двадцать лет, и продолжают экспериментировать;
- замкнутые — сформировали твердые ориентиры в двадцать лет без

кризисов и самоанализа;

- вундеркинды — в попытке справиться с неуверенностью, пытаются достигнуть вершины через риск и игру на выигрыш.

Более редкие модели:

- «мужчины, которые никогда не женятся»;
- воспитатели — смысл жизни видят для себя в заботе об окружающих или семье;

- скрытые дети — «избегают процесса взросления и остаются привязанными к своим матерям, даже став взрослыми»;

- мужчины-интеграторы — ищут баланса между карьерными амбициями и семейными обязательствами [75, с. 107–108].

Для женщин автор выделяет следующие модели:

- заботливые — выходят замуж в двадцать лет и выбирают роль домохозяйки;

- или-или — в двадцать лет стоят перед выбором любовь и семья или карьера и образование. Здесь выделяют 2 типа: выбирают семью и планируют сделать карьеру чуть позже; предпочтение отдают карьере, откладывая построение семьи на поздний срок;

- интеграторы — стараются совместить и семью, и карьеру;
- «женщины, которые никогда не выходят замуж»;
- «неустойчивые» — «в двадцатилетнем возрасте выбирают непостоянство и путешествуют по жизни, меняя местонахождение, свои занятия и сексуальных партнеров» [75, с. 126].

Таким образом, задачи взрослости первого периода можно представить следующим образом:

- 1) отношения с самим собой (самопринятие; самопознание; широкие границы «Я»; самостоятельность; формирование своего видения жизни);

- 2) отношения с другими (способность выстраивать доверительные

межличностные отношения; построение и сохранение своей семьи; вступление в новые роли — мужа/жены, родителя, начальника/подчиненного и пр.);

3) отношения с миром (профессиональная реализация; способность адаптироваться к различным ситуациям и пр.).

Выполнение или невыполнение задач среднего возраста может сказываться на самооощущение человека, мотивировать/демотивировать искать иные копинг-стратегии, приобретать новые способы взаимодействия. Однако неадаптивные способы справляться с трудностями и дискомфортом также дают знать о себе. Например, переедание как способ переживания стресса или следование диетам как способ ощущения контроля, что увеличивает риск возникновения РПП.

В связи с этим подробнее рассмотрим перечисленные в Заключении к параграфу 1.1 мишени психологического консультирования.

Поведенческий аспект. В исследовании, посвященном вопросу влияния нетерпимости неопределенности на расстройства пищевого поведения, отмечается следующая закономерность: неопределенность воспринимается как угроза, в силу чего человек в попытке получить контроль и избежать негативных последствий, прибегает к различным неадаптивным стратегиям [89]. Так, «срыв» при соблюдении диеты может усилить неопределенность в отношении прибавки в весе, что ведет к увеличению уровня тревоги, и, как следствие, приводит к ужесточению правил питания и ограничений, с целью снижения этого дискомфорта [89].

Такой замкнутый круг, как правило, длится на протяжении долго времени, что негативно сказывается на общем физическом и психоэмоциональном состоянии человека. Например, исследование влияния низкоуглеводных диет на состояние организма показало, что «низкоуглеводный стиль питания повышает уровень эндогенного стресса, негативно влияет на базовые биоритмы организма, вызывает психологические нарушения» [8]. В свою очередь, Е.О. Евдошенко

отмечает благотворное влияние кетогенной диеты на здоровье, «способствуя похудению, снижению уровня холестерина и сахара в крови» [81, с. 150–151]. Однако при соблюдении определенных условий: постепенный отказ от углеводов, минимум 2,5 литра воды в день, прием витаминов и продолжительность не более 2 недель [Там же].

Расстройства пищевого поведения, как копинг-стратегию, отмечает Г.Б. Гольдин: «РПП рассматривается как дисфункциональная жизненная стратегия, направленная на то, чтобы справиться со своими эмоциями, характеризующаяся гендерной специфичностью с преобладанием у лиц женского пола» [20].

В рамках нашего исследования нас интересует ограничительное поведение, поскольку «в некотором роде, диеты, переизбыток и очищение могут использоваться либо как способ справиться с тяжелыми чувствами, либо как способ почувствовать контроль над собственной жизнью» [30, с. 59]. Здесь же отметим и роль физической активности. Например, С.С. Пилюкова пишет, что развитию РПП у мужчин могут послужить перфекционизм, обсессивное поведение, «склонность к тревожности, депрессии или другим негативным состояниям», где еда и физические упражнения выступают как инструмент саморегуляции и контроля [50, с. 184]. Нарушение же режима приводит к чувству вины и усилению подавленного состояния. О схожем механизме говорит О.В. Фельсендорфф, подчеркивая прямую закономерность количества часов, проведенных в спортзале, самообъективизации и появления спортивных аддикций у женщин [64].

По данным А.В. Сидорова, в зарубежной литературе исследования гендерных аспектов нарушения пищевого поведения показали, что «мужчины имеют более низкие показатели по различным тестовым шкалам, оценивающим нарушения питания, в сравнении с женщинами» [56, с. 50]. Автор отмечает, что женщины наиболее предрасположены к проявлению психогенного переизбытка,

чем мужчины.

Эмоциональный аспект. Поскольку расстройства пищевого поведения обладают высокой коморбидностью с аффективными расстройствами — с тревогой может достигать 69,6% [67], с депрессией — 69,4% [43], мы определяем работу с тревожными и депрессивными проявлениями одной из ведущих в нашем формирующем эксперименте. Так, по замечанию С.Р. Батхолдиной, М.А. Асимова, И. Колевой расстройство пищевого поведения и тревожные расстройства «переплетаются по причине того, что имеют общие корни развития» [11, с. 30].

Связь между стыдом собственного тела, страхом негативной оценки и межличностной чувствительностью у девочек-подростков с РПП отметили Н.А. Польская, Д.К. Якубовская, А.Ю. Разваляева, Н.В. Власова. Авторы отмечают один из важных симптомов РПП у данной группы — это повышенная значимость веса и формы тела <...>, «в связи с чем тело может восприниматься девочками с РПП как непосредственный источник и причина переживаемого межличностного отвержения» [51]. Стыд собственного тела в этом случае связан «с представлениями о своем теле как об инструменте межличностного взаимодействия» [51].

Страх негативной оценки из-за внешности у взрослых женщин значительно коррелирует с показателями социальной тревожности, образа тела, отношения к еде и настроения [87].

Когнитивный аспект. Страх негативной оценки напрямую связан с перфекционизмом, «что указывает на интенсивный страх последствий оценивания при сравнении своих результатов с другими “не в свою пользу” и фокусировкой на ошибке» [54]. Как правило, перфекционизм представляет собой набор догматических дисфункциональных требований к себе, другим или миру.

Представление человека о самом себе сказывается и на его самооценке, где самооценка — это субъективное представление человека о самом себе. В работе

П.А. Краснобаева и В.А. Мальковой представлены результаты опроса 36 человек в возрасте от 16 до 60 человек [38, с. 218–219]. Исследование показало, что адекватной самооценкой обладают 28% «что позволяет им спокойной находиться внутри социума»; заниженной — 72%, из них мужчины 29, женщины 71%, что «свидетельствует о низкой оценке своих способностей и проблемах в общении с окружающими их людьми» [Там же].

Причем низкая оценка или догматичные требования могут касаться не только своих способностей, но и тела. Например, лонгитюдное исследование К.Н. Белогай показало, что в младшем школьном возрасте замечен рост числа девочек (35%), у которых выявлено расхождение реального и идеального образа тела. Младший школьный возраст является «переломным моментом для интернализации реалистичных стандартов телесности» [12, с. 21].

В пубертатном возрасте отношение к образу тела у девушек во многом формируется за счет обратной связи членов семьи и позицией матери о пищевом поведении и отношении к собственному телу [Там же, с. 22].

Интересно трансформируется образ тела в юношеском возрасте — он становится более позитивным, целостным и внутренне согласованным. Как отмечает автор, образ тела имеет связь со стандартами красоты, бытующими в обществе и культуре, однако «благодаря обратной связи значимых других — родителей и любовного партнера — формируется защитный фильтр», защищающий от внешних неблагоприятных воздействий [Там же, с. 24].

Интересующая нас взрослость характеризуется следующими особенностями: на раннем этапе формируется амбивалентный и позитивный образ тела, соответствующий внутренним стандартам, где он «становится в целом более позитивным», но «одновременно снижается оценка активности, а телосложение кажется женщинам более крупным и полным» [12, с. 24–25].

Средняя взрослость характеризуется противоречивым отношением к телу, где прослеживается рост негативного отношения к образу тела. Причиной такой

противоречивости автор называет наличие или отсутствие репродуктивного опыта, где женщины без опыта рождения детей имеют более позитивное отношение к телу. Причем у беременных «позитивный образ тела складывается у тех беременных женщин, у которых происходит переход от оценки внешности к оценке функциональности тела. Таким образом, образ тела большинства беременных женщин хоть и является позитивным, но приобретает ярко выраженную противоречивость» [12, с. 26–27].

Поздняя же взрослость сопровождается негативной оценкой образа своего тела, что объясняется наличием менопаузы, что «влияет на субъективные характеристики образа тела, хотя и не столь значимым образом, как индекс массы тела» [12, с. 27–28].

Об «Особенности формирования телесного аспекта гендерной идентичности у мужчин» пишут Н.В. Дворянчиков, М.М. Харланова. Она отмечает две тенденции в мире, где первая — распространение идей феминизма, а вторая, в противовес ей, стремление к яркой маскулинности путем трансформации тела [23, с. 99]. Последняя приводит к формированию так называемого Комплекса Адониса или к искаженному восприятию мужчиной «образа собственного тела, граничащего с дисморфофобией» [Там же, с. 100].

Влияние профессиональной сферы на формирование образа тела рассмотрено в исследовании С.С. Пиюковой «Социальные и психологические факторы риска развития нарушений пищевого поведения у мужчин — сотрудников силовых ведомств». Как отмечает автор, нервная булимия — самое распространенное РПП среди военнослужащих; а у 13% опрошенных наблюдается телесное дисморфическое расстройство. В качестве причин, С.С. Пиюковой выделяет: риск возникновения посттравматического стрессового расстройства; противоречивое отношение к еде, где еда одновременно почитается и осуждается. Военнослужащие часто попадают в ситуации, в которых за короткий срок нужно съесть сразу большое количество пищи, или

же придерживаться дефицита калорий при тренировке [50, с. 184].

На основании анализа научных работ А.И. Абраменко и Е.А. Бурина выделяют несколько групп мужчин, которые попадают в зону риска развития РПП: мужчины, профессии которых связаны с чрезмерным вниманием к телу (профессиональные модели, танцоры и спортсмены); наличие негетеросексуальности (с квир-идентичностью) как фактор риска (об этом также у [69, с. 244, 263]); нецисгендерные мужчины [1, с. 52].

В обществе также наблюдается тенденция калькирования стандартов красоты другой культуры. Например, в азиатской культуре, популярность которой набирает обороты, ориентир на утонченные феминные мужские образы [4]. Однако с учетом того, что у представителей азиатской расы размер тела и мышечная масса меньше, чем у европейцев [69, с. 244, 263], следует уточнить, что попытка соответствовать тем стандартам красоты может увеличивать риск дефицита веса и возникновения РПП.

Таким образом, в работе с людьми среднего возраста мы будем учитывать особенности этого периода, где на первый план выходят: выстраивание отношений с самим собой, другими и миром. Все это требует от человека набора определенных качеств, навыков и стратегий поведения, которые бы способствовали комфортному и безопасному выполнению всех этих задач. Если же в его арсенале этих умений недостаточно, то это может привести к использованию неэффективных копинг-стратегий, повышению уровня тревоги, депрессии, самокритике.

1.3. Специфика индивидуального психологического консультирования при работе с мужчинами и женщинами с признаками расстройства пищевого поведения

«Психологическое консультирование» Б.Д. Карвасарский определяет как «процесс, направленный на помощь человеку в разрешении (поиске путей

разрешения) возникающих у него проблем и затруднений психологического характера» [31].

Автор выделяет три основных подхода в работе с клиентом: проблемно-ориентированное консультирование — анализ внешних причин проблемы и поиск решения; личностно-ориентированное консультирование — анализ индивидуальных, личностных причин и составление плана по предотвращению повторной ситуации; консультирование, направленное на поиск ресурсов [31].

В работе с людьми с признаками РПП, на наш взгляд, необходимо учитывать все три вида. Во-первых, учет внешних причин и при возможности их коррекция важны при работе с поведенческими паттернами (доступ к еде, семейные пищевые привычки), а также тревожными и депрессивными симптомами (уровень безопасности и благополучия). Во-вторых, работа с личностными особенностями — умение определять и выражать эмоции, формирование позитивного отношения к себе, другим и миру, обучение новым адаптивным способам реагирования на дискомфорт. В-третьих, поиск источников ресурсов (эмоциональных, материальных, физических), мотивации и формирование плана по их получению. Например, занятие интересным хобби, место переживания, с целью получения функциональных эмоций.

Еще одно положение, характеризующее психологическое консультирование, выделяет Р. Кочюнас: «Консультант принимает клиента как уникального, автономного индивида, за которым признается и уважается право свободного выбора, самоопределения, право жить собственной жизнью. <...> любое внушение или давление мешает клиенту принять ответственность на себя и правильно решать свои проблемы» [37]. При этом автор выделяет 5 универсальных, общих целей психологического консультирования: содействовать изменению поведения, помогать в развитии навыков преодоления трудностей, принятия решений и коммуникативных умений, способствовать

повышению потенциала личности [37].

Опираясь на определения, представленные выше, мы так формулируем задачи психологического консультирования людей с РПП: нормализация пищевого поведения, обучение адаптивным способом реагирования на дискомфорт, снижение уровня тревоги и депрессии, повышение эмоционального интеллекта и коррекция дисфункциональных убеждений о себе, мире и других людях.

Для реализации нам понадобятся методы и техники из когнитивно-поведенческой терапии, рационально-эмоционально поведенческой терапии, арт-терапии и логотерапии. «Систематический эклектизм», как его обозначил А. Айви [3], на наш взгляд, эффективен в работе с клиентами с признаками РПП, поскольку позволит поработать с различными аспектами: поведение, эмоции, мышление и мотивация.

Применение инструментов когнитивно-поведенческой терапии.

Об эффективности КПТ при лечении РПП писали Р. Мерфи, С. Штрейблер, З. Купер, К.Г. Фэрберн, отмечая направленность работы на «психопатологию расстройства пищевого поведения и процессы, которые ее поддерживают» [88].

В нашем формирующем эксперименте КПТ используется для работы с двумя аспектами — поведенческим и когнитивном.

Корректировка дисфункционального пищевого поведения — это первый этап в работе [10]. Как отмечают, В.С. Аграс и Р.Ф. Апл в работе «Победить расстройство пищевого поведения» — «было обнаружено, что уменьшение очищения на 70% или более в течение первых шести сеансов было ключевым показателем возможного успеха в лечении как сразу после его окончания, так и при последующем наблюдении, через 8–12 месяцев» [2, с. 44–45].

Для коррекции пищевого поведения применяется планирование питания по «Правилу трех». Как пишут М. Херрин и М. Ларкин, этот план помогает в реализации трех целей: «удовлетворить потребность организма в питательных

веществах; обеспечить организованный подход к потреблению пищи; десенсибилизировать продукты, которые вызывают у пациента страх, приводят к перееданию или компенсаторному поведению» [69, с. 21].

Отметим важность поведенческой активации и поведенческих экспериментов. Первым шагом в работе с клиентами, имеющими депрессию или ее признаки, является поведенческая активация — составление плана активности на неделю, с целью повышения настроения человека через вовлечение его в деятельность. Поведенческие эксперименты используются для проверки в реальных условиях дисфункциональных догматических убеждений клиента, которые напрямую влияют на уровень тревоги и самооценки. Данная техника помогает справиться со страхом и избегание определенных продуктов питания или ситуаций.

Когнитивный аспект в нашей работе заключается в формировании адекватного отношения к той или иной еде, замене негибких дисфункциональных убеждений о себе, мире, других людях в гибкие функциональные, а также работе над когнитивными искажениями (черно-белое мышление, катастрофизация, чтение мыслей и пр.). Для этого мы используем такие техники КПТ, как: дневник СМЭР и дневник питания, пирог ответственности, когнитивный континуум, пирог ответственности, сократовские вопросы, падающая стрела и т.д.

Применение инструментов рационально-эмоционально поведенческой терапии.

В работе с долженствованиями и требованиями в качестве эффективного инструмента мы выделили РЭПТ — это способ, помогающий человеку «преодолеть различные неэффективные формы мышления и поведения, в том числе и дисфункциональный перфекционизм, принять себя, других людей и действительность такой, какая она есть, и “смягчить” чувства, переживаемые в ситуации стресса» [18].

Ключевой процедурой РЭПТ является оспаривание, с помощью которого

критически оцениваются существующие догматические установки и формируются более гибкие. Данный процесс строится на трех уровнях: эмпирическом — поиск доказательств в реальном мире; прагматическом — обсуждение эффективности этих убеждений; логическом — проверка на соответствие логическим законам.

Применение инструментов арт-терапии.

Создание символических образов в арт-терапии рассматривается «как важное средство межличностной коммуникации и как форма познавательной деятельности клиента, позволяющая ему выразить ранние либо актуальные «здесь-и-сейчас» переживания, которые ему бывает непросто выразить словами» [6].

В работе с клиентами, имеющими признаки РПП, арт-терапия используется с несколькими задачами: эмоциональное выражение переживаний, которые сложно передать вербально; коррекция восприятия собственного тела через работу с рисунком; формирование навыка отслеживания эмоций, чувств и физических проявлений; а также работа с формированием ценностного уровня, например, через образ будущего.

Применение инструментов логотерапии.

Экзистенциальный вакуум проявляется как потеря интереса к жизни, апатичность, скука, тоска. Все это создает внутренний дискомфорт и тревогу, справиться с которой помогает быстрый, но не эффективный в долгосрочной перспективе инструмент получения удовольствия, — еда. По замечанию О.Ф. Поповой, «стремление к пище подменяет стремление к смыслу жизни, а поглощение пищи становится суррогатом нахождения смысла» [53].

Поэтому целью применения логотерапии является помощь клиенту в поиске смысла на базе трех категорий ценностей, выделенных В. Франклом [65]: ценность созидания, или реализация творческого потенциала; ценность переживания — созерцание прекрасного и любовь; ценность отношения к

страданию — принятие тех моментов, которые человек изменить не может.

Интегративный подход программы психологического консультирования людей с признаками РПП обусловлен как особенностями этих признаков, так и гендерной спецификой. Как отмечает Н.А. Елизаров, женщины в большей степени ориентированы на эмпатический контакт. Они «стремятся к сопереживающему, сочувствующему стилю общения, обращая внимание в первую очередь на отзывчивость, чуткость» [26, с. 67]. При этом мужчины «предпочитают эмоционально нейтральный, рабочий стиль общения. Они более ориентированы на когнитивные аспекты ситуации, на психологическую информацию» [Там же, с. 67].

С учетом всего вышесказанного мы составили план работы.

Этап 1. Диагностика, которая включает методики из 2.1 и беседу на консультации.

Этап 2. Прерывание дисфункционального поведенческого паттерна. Для этого нам понадобится:

1. Проведение психообразования с целью пояснения необходимости данных мер. Например, как работают диеты и очистительное поведение, а также их влияние на снижение веса; какие виды голода существуют и как их отслеживать; какие факторы влияют на набор веса.

2. Непосредственно коррекция, которая включает в себя несколько аспектов:

- Отказ от ограничительного и очистительного пищевого поведения при наличии, с целью прерывания дисфункционального пищевого паттерна «срыв — тревога — усиление ограничений — срыв».

- Отказ от регулярной проверки веса (частые взвешивание, осмотр тела перед зеркалом, хранение вещей не по размеру); или включение проверки веса, если клиент избегает этого в повседневной жизни. Здесь вводится договоренность, согласно которой, измерения проводятся 1 раз в неделю в

присутствии консультанта или перед встречей.

- Введение самомониторинга в виде дневника питания, куда пациент вносит данные о том, когда был прием пищи, что было съедено, где; было ли переедание, очищение или отказ от еды и какая ситуация этому предшествовала. Благодаря этому отслеживаются триггеры, запускающие дисфункциональное пищевое поведение.

- Планирование питания по «Правилу трех». Суть метода заключается в следующем: а) всего в день 6 приемов пищи — 3 основных (завтрак, обед, ужин) и 3 перекуса; б) они проходят через каждые 2–2,5 часа; в) каждый основной прием содержит как основную группу питательных веществ (белки, жиры, сложные углеводы), так и включают в себя «еду-баловство» — любые десерты и продукты, которые входят у клиента в разряд «вредная» еда. Целью введения данного пункта обусловлено двумя факторами: а) снижение риска переедания, благодаря сокращению времени между приемами пищи; б) формирование функционального паттерна пищевого поведения.

Этап 3. Работа с индивидуальными личностными особенностями клиента включает такие аспекты, как: депрессия и тревога; отношение к образу тела и определенной еде; самооценка; навыки коммуникации и способность справляться со сложными ситуациями.

1. Когнитивные особенности. Догматичные дисфункциональные убеждения о себе, мире и других, а также когнитивные искажения, влияют на уровень выраженности депрессивных симптомов, тревоги, перфекционизма и проявленности низкой самооценки. Поэтому работа с ними строится из двух этапов: отслеживание мыслей и эмоций с помощью СМЭР–дневника; и далее оспаривание этих мыслей на основе КПТ и РЭПТ.

2. Эмоциональные особенности. С помощью арт-терапевтических средств стремимся помочь клиенту в выражении своих чувств через невербальные способы; исследовать отношение к образу тела; научиться справляться с тревогой

и стрессом. Например, техники «Образ тела», «Карта внутреннего мира».

3. Поведенческие особенности. В этом блоке используются поведенческие эксперименты, направленные на поиск и тренировку новых функциональных способов поведения при дискомфорте и стрессе. Сюда входят навык выдерживания дискомфорта и снижение его значимости, поиск решения и адаптация под различные условия. Например, включение продуктов, которые избегает клиент, состоит из нескольких этапов. Во-первых, определение этих продуктов и составление общего списка; во-вторых, ранжирование списка от «еда, вызывающая минимальное беспокойство» до «еда, вызывающая максимальное беспокойство»; в-третьих, постепенное добавление ее в ежедневный рацион.

4. Ценностно-смысловые особенности. Применение логотерапии в работе с людьми с признаками РПП позволяет поработать с поиском смысла и, тем самым, обнаружить ресурсы клиента и поддержать его мотивацию к изменениям.

Таким образом, в нашей работе индивидуальное консультирование людей с признаками РПП включает работу по трем уровням — поведенческом, эмоциональном и когнитивном —, и затрагивает его ценностно-смысловые ориентиры. Широкий перечень психологических подходов позволяет реализовать данную работу, а также подобрать эффективные инструменты для каждого участника.

Выводы по Главе 1

Теоретический анализ научной литературы по проблеме исследования позволяет сделать следующие выводы:

1. РПП представляют собой повторяющееся аномальное пищевое поведение, сопровождающееся озабоченностью едой, обеспокоенностью весом и фигурой, искаженным восприятием своего тела. Причинами возникновения рассматриваемого явления выступают генетический, психологический и социальный факторы.

2. Выделяется несколько разновидностей РПП: а) нервная анорексия, для которой характерно малое употребление еды и низкая масса тела; б) компульсивное переедание, представленное потреблением большого объема пищи за короткий промежуток времени; в) нервная булимия, включает переедание и сопровождается использованием очистительного поведения. Для всех трех видов характерны поведенческие, эмоциональные и когнитивные особенности.

3. С учетом особенностей среднего возраста, мы выделили ряд мишеней психологического воздействия для работы с людьми с признаками РПП: дисфункциональное пищевое поведение, неадаптивные копинг-стратегии; повышенная тревога, признаки депрессии, чувство стыда, вины, низкая самооценка.

4. Для проведения индивидуального консультирования нами были выбраны инструменты из следующих подходов: КПТ, РЭПТ, арт-терапия и логотерапия. Широкий перечень обусловлен тремя причинами: а) планом работы, где коррекция проводится на поведенческом, эмоциональном, когнитивном уровнях; б) гендерной спецификой; в) необходимостью формировать и поддерживать мотивацию к изменениям.

Глава 2. Организация опытно-экспериментальной работы по выявлению гендерной специфики психологического консультирования и коррекции поведения мужчин и женщин с признаками расстройства пищевого поведения

2.1. Методическая организация исследования и обсуждение результатов констатирующего эксперимента

Обзор теоретической базы по теме исследования позволил нам выделить ряд критериев для констатирующего эксперимента (табл. 1), цель которого — определить мужчин и женщин с признаками РПП и выявить закономерности проявления этих признаков.

Для этого нам необходимо:

- 1) определить степень выраженности пищевых и поведенческих паттернов, характерных для людей с РПП;
- 2) оценить уровень удовлетворенности образом собственного тела;
- 3) выявить уровень самооценки;
- 4) обнаружить наличие/отсутствие признаков тревоги и депрессии.

Таблица 1. — Критерии и уровни проявления признаков РПП

Критерии	Уровни развития			Методики диагностики
Уровень выраженности пищевых и поведенческих паттернов	Низкий уровень (нет признаков РПП)	Средний уровень (есть риск развития РПП)	Высокий уровень (признаки РПП)	Опросник пищевых предпочтений (ЕАТ-26)
Уровень удовлетворенности образом тела	Низкий уровень (негативное отношение к телу, может привести к	Средний уровень (от 13 баллов — есть риск развития РПП)	Высокий уровень (позитивное отношение к телу,	Шкала оценки уровня удовлетворенности образом тела О.А.Скугаревского

Окончание Таблицы 1

	социальной отгороженности и тревожности; есть риск возникновения РПП)		уверенность в общении и чувство внутреннего комфорта)	Опросник образа собственного тела О.А. Скугаревского
Уровень самооценки	Низкий уровень — адекватная самооценка (нет признаков РПП)	Средний уровень — завышенная самооценка	Высокий уровень — заниженная самооценка (есть риск развития РПП)	Методика исследования самооценки личности С.А. Будасси
Уровень депрессии и тревоги	Низкий уровень — зона здоровья	Средний уровень — зона неустойчивой психологической адаптации (есть риск развития РПП)	Высокий уровень — зона обнаружения симптомов наличия тревоги и депрессии (есть риск развития РПП)	Тревожность и депрессия К.К Яхина, Д.М Менделевича

1. **Опросник пищевых предпочтений (ЕАТ-26)** — применяется для разграничения пациентов с НА, НБ от здоровых. Также метод показывает уровень стремления к похудению, страхи о наборе веса и тенденции к ограничительному пищевому поведению.

Инструкция: опросник состоит из 26 высказываний, которые предполагают варианты ответов: «всегда», «обычно», «часто», «иногда», «редко», «никогда». Критерий оценки — суммарный балл положительных ответов по шкале. Выше 20 баллов свидетельствует о возможности наличия РПП.

2. **Шкала оценки уровня удовлетворенности образом тела О.А. Скугаревского** показывает уровень удовлетворенности или неудовлетворенности различными сегментами тела, например, «голова»,

«туловище» и «конечности».

Инструкция: шала состоит из перечня 22 частей тела, которые необходимо оценить от 0 до 6, где 0 — полностью удовлетворен, 6 — полностью неудовлетворен.

3. Опросник образа собственного тела позволяет оценить степень неудовлетворенности внешностью, как одного из важных факторов развития РПП. Опросник помогает получить данные:

- об общей оценке тела (удовлетворенность или неудовлетворенность);
- о когнитивном аспекте, т.е. убеждениях относительно тела;
- о поведенческих особенностях, в частности, наличии стратегии избегания.

Инструкция: респонденту предлагается 16 утверждений, которые касаются избегания ситуаций, провоцирующих социальную тревогу и переживания по поводу собственной внешности, что характерно для лиц с РПП. Критерий оценки — суммарный балл по шкале, где значение в 13 баллов свидетельствует о возможности наличия РПП.

4. Методика исследования самооценки личности С.А. Будасси — позволяет с помощью сравнения рядов слов и их ранжирования узнать уровень самоотношения и самооценки.

Инструкция: методика проводится в два этапа. Первый состоит в том, что респондент из 48 слов, обозначающих качества, выбирает 20, присущих, по его мнению, идеальной личности и ранжирование отмеченных пунктов от наиболее важных до нежелательных. Второй — распределение выбранных качеств по степени выраженности у самого респондента.

В итоге можно выделить 3 вида самооценки:

Завышенная. С такой самооценкой человек часто преувеличивает свои достоинства и ставит перед собой цели, которые значительно превышают его реальные возможности, а здоровые качества, такие как достоинство и гордость,

могут перерасти в высокомерие и эгоцентризм.

Заниженная. Люди с заниженной самооценкой часто ставят перед собой низкие цели, преувеличивая значение своих неудач. Их неуверенность, не всегда обоснованная, становится устойчивой чертой личности, приводящей к смирению, пассивности и комплексу неполноценности.

Здоровая. Адекватная самооценка характеризуется признанием как своих достоинств, так и недостатков. Уверенность в себе позволяет человеку правильно оценивать свои возможности и регулировать уровень притязаний в различных жизненных ситуациях. В представленной методике адекватная самооценка проявляется на трех уровнях: низкая адекватная, средняя адекватная и высокая адекватная.

5. Опросник для выявления уровня тревожности и депрессии К.К. Яхина, Д.М. Менделевича.

Инструкция: опросник включает 20 вопросов, на которые респондент отвечает один из предложенных вариантов «почти постоянно или всегда» — 1 балл, «бывает часто» — 2 балла, «бывает временами» — 3 балла, «бывает очень редко» — 4 балла, «никогда не было» — 5 баллов. Результатом подсчета коэффициента становится три уровня проявленности:

Более +1,28 — зона здоровья;

Менее -1,28 — болезненный характер;

Между +1,28 и -1,28 — неустойчивая психологическая адаптация.

Для проведения констатирующего эксперимента нами был проведен опрос 41 респондента — 28 женщин и 13 мужчин от 25 до 33 лет, на основании чего мы пришли к следующим выводам.

Согласно данным по **Опроснику пищевых предпочтений (ЕАТ–26)**, 39% женщин и 77% мужчин не имеют признаков РПП. Однако по соотношению видно, что, среди опрошенных, мужчин в два раза больше. Данное наблюдение

может говорить о меньшей выраженности среди них страхов по поводу веса, дисфункциональных пищевых паттернов и стремлению к похудению. В зоне риска находится 32% женщин и 23% мужчин. Высокий уровень проявленность признаков РПП есть у 29% опрошенных женщин. Однако среди мужчин этот показатель не был зафиксирован, что может говорить о РПП как явлении, характерном больше для женщин, что в целом соотносится с научными исследованиями в этой области (см. Главу 1).

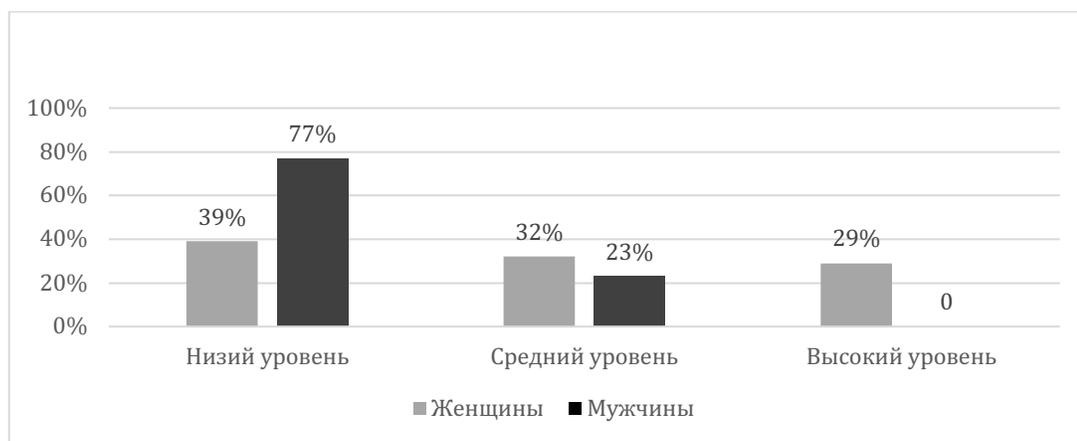


Рисунок 1. Уровни проявления стремления к похудению, страхов перед лишним весом мыслями о нем (ЕАТ-26) среди женщин и мужчин среднего возраста, распределение в %

На основании результатов опросника можно сопоставить, как респонденты, в зависимости от пола, относятся к лишнему весу, еде, какие имеют пищевые правила и привычки (Приложение А). На рисунках 2 и 3 показаны различия по ответам.

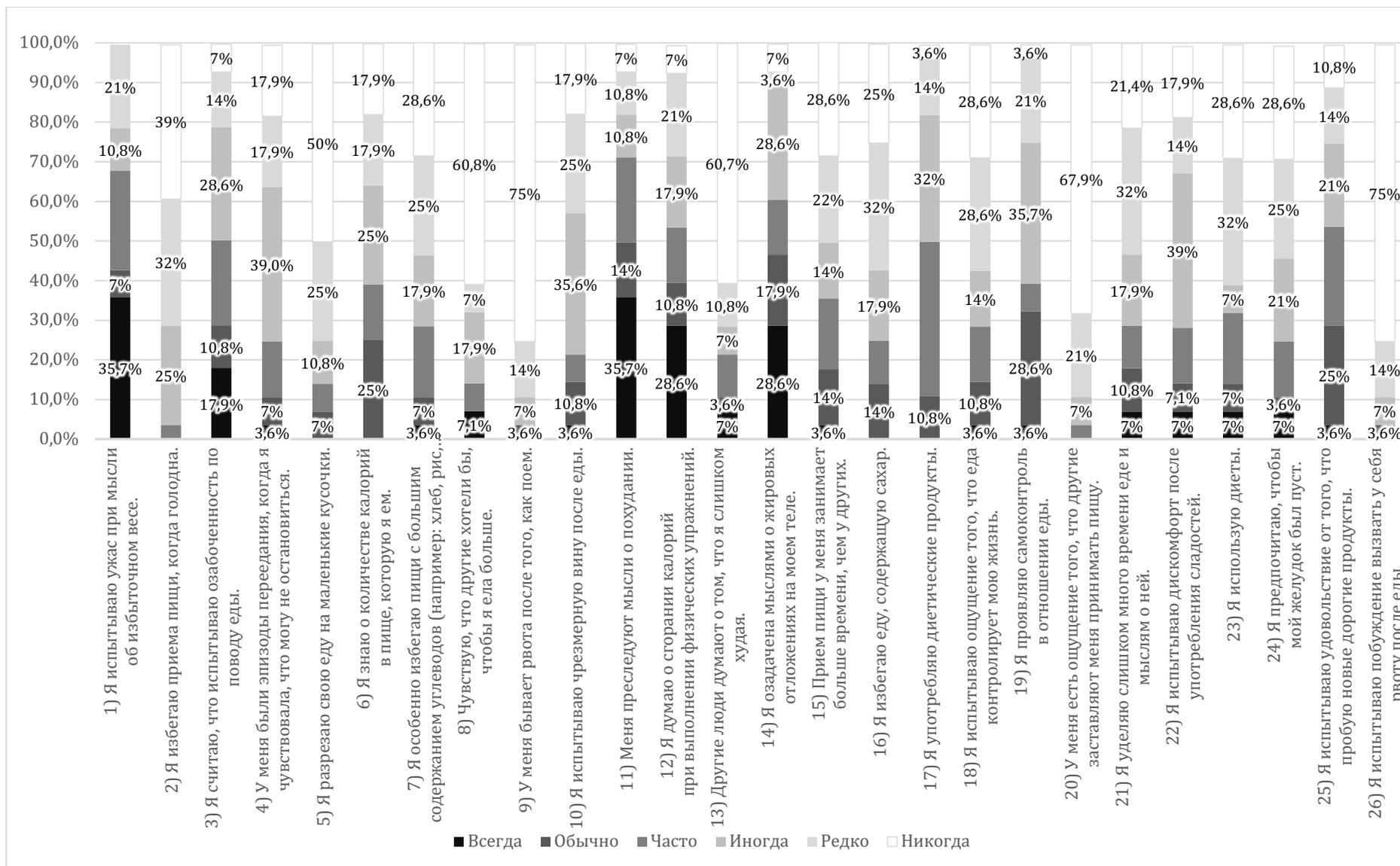


Рисунок 2. Частота встречаемости ответов на вопросы теста EAT-26 среди женщин среднего возраста, в %

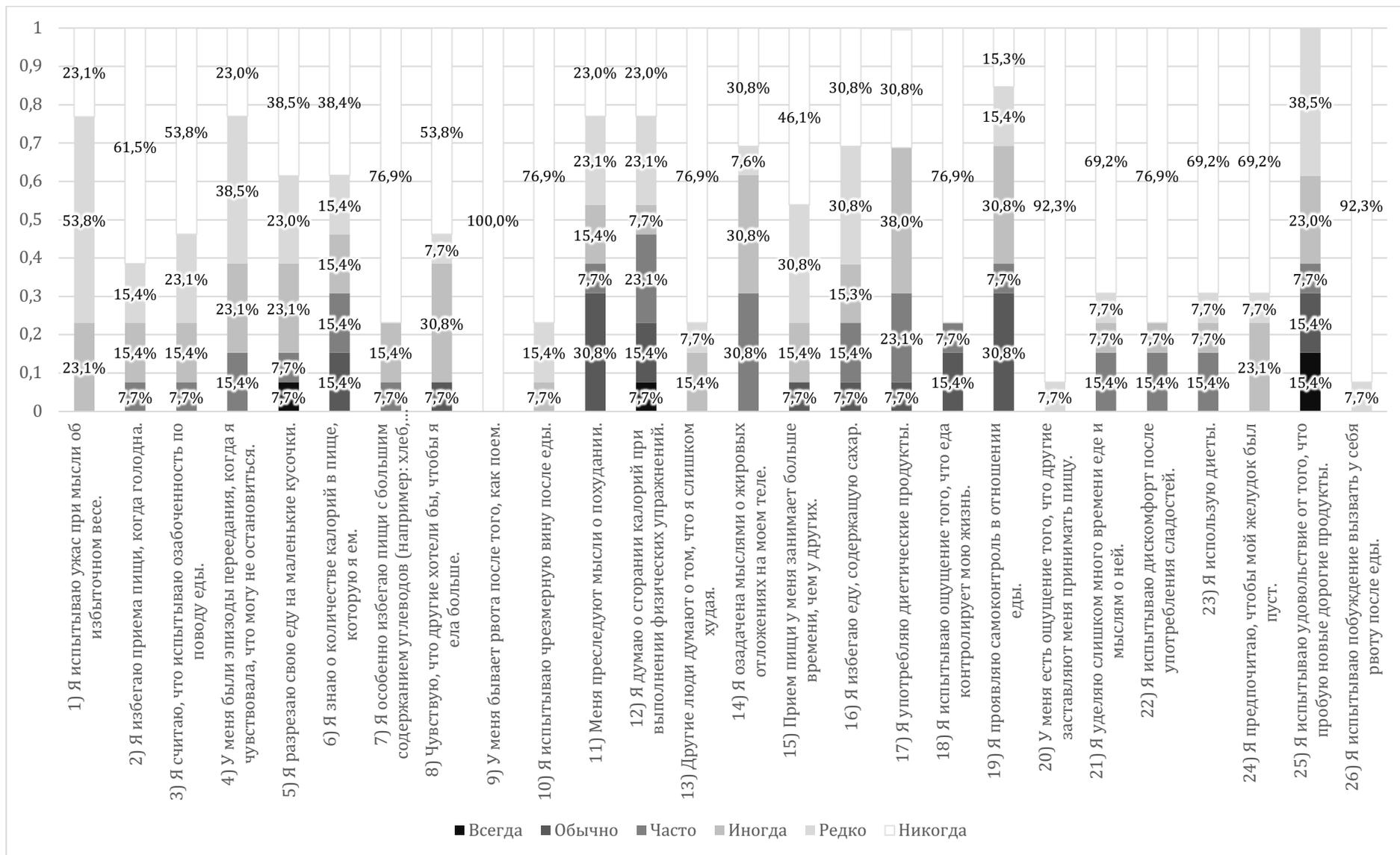


Рисунок 3. Частота встречаемости ответов на вопросы теста EAT-26 среди мужчин среднего возраста, в %

Анализ пиковых показателей позволил выделить ряд особенностей характерных для первой группы респондентов. Под «Всегда», «Обычно», «Часто» женщины отмечают: наличие страха перед избыточным весом (вопросы 1, 14); частые мысли о похудении (вопрос 11); размышления о сжигании калорий при физической нагрузке (вопрос 12); озабоченность по поводу еды (вопрос 3); употребление диетических продуктов (вопрос 17); удовольствие от дегустации новых блюд (вопрос 25).

Ответами «Иногда», «Редко» выделяют: наличие эпизодов бесконтрольного переедания (вопрос 4); владение информацией о калорийности употребляемой пищи (вопрос 6); избегание продуктов с высоким содержанием углеводов, сахара (вопрос 7, 16); возникновение чувства вины после приема пищи (вопрос 10); ощущение, что еда контролирует их (вопрос 18); проявление самоконтроля в отношении еды (вопрос 19); дискомфорт после употребления сладкого (вопрос 22); использование диет (вопрос 23); предпочтение в пользу ощущения пустоты в желудке (вопрос 24); посвящение большого количества времени мыслям о еде (вопрос 21).

Больше ответов «Никогда» касалось наличия рвоты после еды и прибеганию к компенсаторному поведению (вопросы 9, 26); ощущения, что другие хотят, чтобы больше ела (8, 20).

Данные ответы свидетельствуют о высокой обеспокоенности по поводу веса среди женщин, выраженной в эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферах.

Вторая группа респондентов ответами «Всегда», «Обычно», «Часто» отмечала получение удовольствия от употребления новой еды (вопрос 25); наличие мыслей о сжигании калорий при выполнении физических нагрузок (вопрос 12); разрезание еды на маленькие кусочки (вопрос 5); проявление контроля относительно еды (вопрос 19); употребление диетических продуктов (вопрос 17).

Под вариантами «Иногда», «Редко» мужчины выбрали следующие пункты: испытываю ужас при мыслях о лишнем весе (вопрос 1) или задумываюсь о нем (вопросы 11, 14); сталкивался с приступами переедания (вопрос 4); знаю о количестве калорий в пище, которую ем (вопрос 6); стараюсь я не употреблять еду, содержащую сахар (вопрос 16).

Ответ «Никогда» касался использования компенсаторного поведения (вопросы 9, 26); ощущения, что другие заставляют есть или хотят, чтобы человек ел больше (вопрос 20, 13); избегания углеводной пищи (вопрос 7); чувства вины после еды (вопрос 10); представления, что еда контролирует жизни (вопрос 18); траты времени на еду и мысли о ней (вопрос 21); использования диет (вопрос 23) и ощущения пустоты в желудке (вопрос 24).

На основании полученных данных можно сделать вывод, что мужчины имеют определенную обеспокоенность по поводу лишнего веса, однако это выражается не в эмоционально-когнитивной сферах, а в поведенческой, направленной на решение этого вопроса (тренировки, самоконтроль и пр.).

Анализ ответов по опроснику пищевых предпочтений (ЕАТ–26) двух групп респондентов дал следующие результаты:

1. Оба пола испытывают страх перед избыточным весом; отмечают мысли о похудании; размышляют и сжигании калорий при физической нагрузке; едят диетические продукты, избегают пищи с высоким содержанием сахара.

2. Однако женщины активнее прибегают к ограничительному и компенсаторному поведению: не едят, когда голодны; чаще используют диеты и/или диетические продукты; проявляют самоконтроль и отмечают частые мысли о еде.

3. Мужчины же более ориентированы не на внутренние процессы — мысли и эмоции —, а на внешние факторы, например, количество калорий в пище, контроль питания. Они реже прибегают к компенсаторному поведению;

чаще получают удовольствие от дегустации новых блюд.

Шкала оценки уровня удовлетворенности образом тела О.А. Скугаревского позволила выявить уровни удовлетворенности / неудовлетворенности телом среди респондентов.

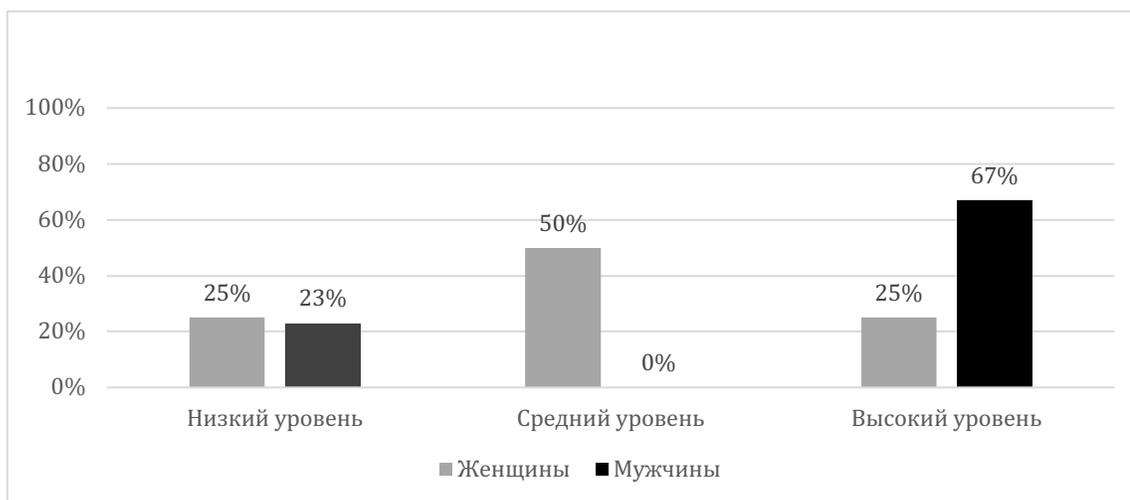


Рисунок 4. Уровни проявления удовлетворенности образом тела у мужчин и женщин среднего возраста, распределение в %

Высокий уровень уровня удовлетворенности образом тела свойственен 25% женщин и 67% мужчин, что говорит о более позитивной оценке своего тела среди мужчин. Средний уровень — 50% женщин и 0% мужчин. Данное соотношение позволяет сделать вывод, что неудовлетворенность какими-то отдельными частями тела характерна более для женщин. Низкий показатель — 25% женщин и 23% мужчин. Отметим, что среди опрошенных мужчин встречается либо низкий показатель, либо высокий, на основании чего можно предположить наличие негибких требований к себе с позиции «все или ничего».

На рисунке 5 представлен график удовлетворенности телом среди женщин и мужчин по каждому сегменту.

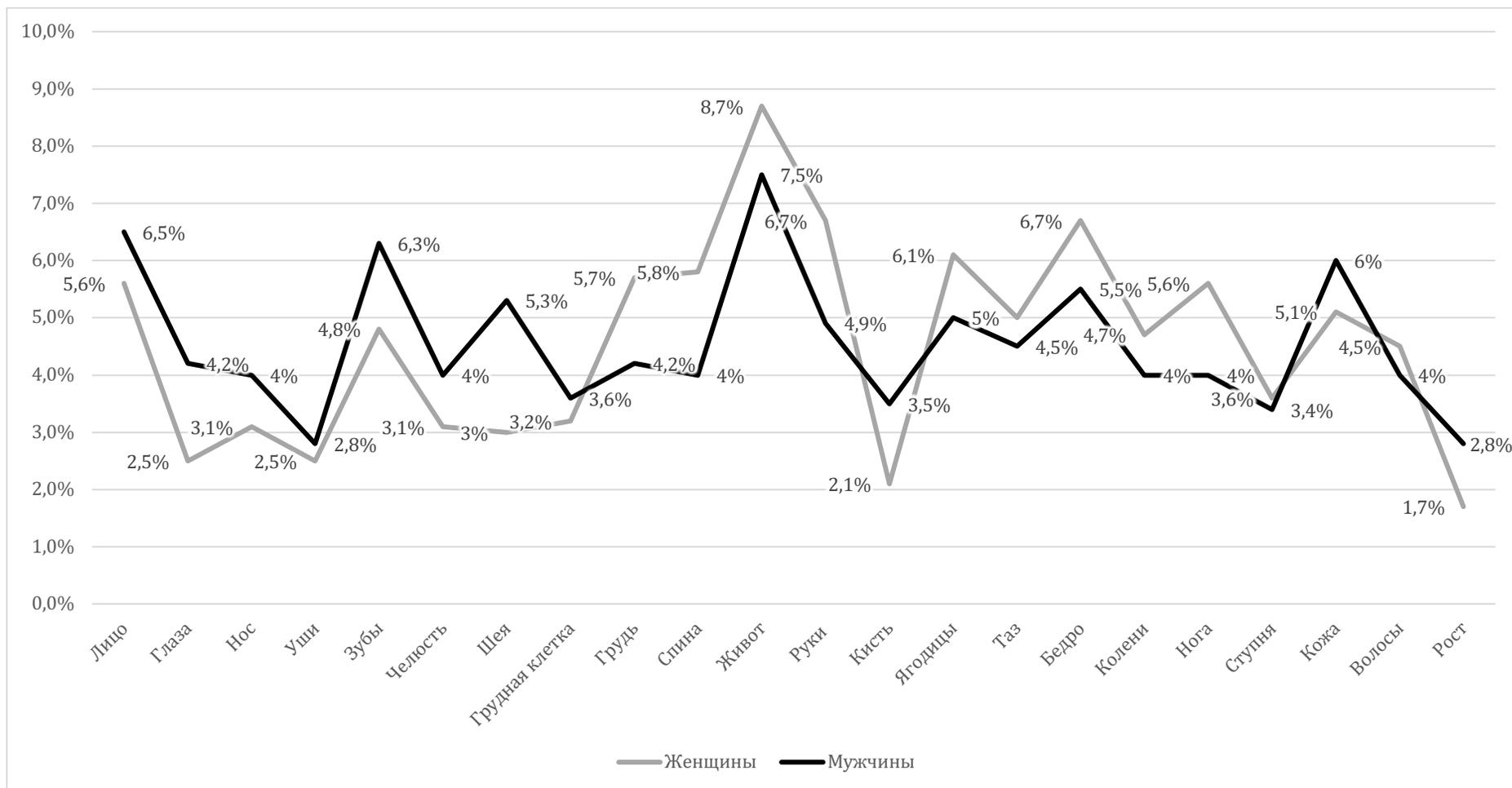


Рисунок 5. Соотношение ответов на вопросы Шкалы удовлетворенности образом тела у мужчин и женщин среднего возраста по каждому сегменту, распределение в %

Женщины менее удовлетворены такими зонами, как: живот (8,7%), ягодицы (6,10%), руки (6,7%), бедра (6,7%), кожа (5,10%), спина (5,8%), грудь (5,7%), ноги (5,6%), лицо (5,6%) и зубы (4,8%), нос (3,10%). Позитивную оценку получили — рост (1,7%), кисть (2,1%), глаза (2,5%), уши (2,5%).

Мужчины дали низкую оценку следующим зонам: живот (7,5%), лицо (6,5%), зубы (6,3%), кожа (6%), бедро (5,5%), шея (5,3%), ягодицы (5%). Удовлетворены ушами (2,8%), ростом (2,8%), ступнями (3,4%), кистями (3,5%), грудной клеткой (3,6%), челюстью (4%), спиной (4%).

Из приведенного анализа видно, что: а) есть зоны, которые обе группы оценивают как «неудовлетворительные» — это живот, ягодицы, лицо, зубы, бедра и кожа; б) положительно относятся к глазам, ушам, кистям, ступням, росту. Однако по пикам на графике (рис. 5) видно, что женщины больше недовольны образом тела, чем мужчины; а также сфокусированы на определенных сегментах, которые в массовой культуре достаточно часто критикуются из-за несоответствия стандартам красоты. На основании этих наблюдений можно предположить о большей выраженности селективного внимания среди женщин.

Опросник образа собственного тела. Неудовлетворенность внешностью, и, в связи с этим, страх негативной оценки — важные факторы развития РПП. Так, позитивно оценивают образ тела 28,5% женщин и 69,3% мужчин. Данный показатель свидетельствует, что мужчины более уверенно ощущают себя в обществе, положительно относятся к себе и менее подвержены страху оценки извне.

Средний уровень удовлетворенности телом представлен у 25% женщин и 30,7% мужчин, что может указывать на некоторый дискомфорт в социуме и претензиями к образу тела.

Вызывает интерес низкий уровень удовлетворенности телом — он есть у 46,5% женщин и 0% мужчин. Можно предположить, с учетом данных Шкалы

оценки удовлетворенности образом тела, что для женщин характерны как негативное оценивание себя самостоятельно, так ожидание оценки со стороны окружающих. В то время как для мужчин более свойственна требовательность к себе и меньшая зависимость от мнения социума.

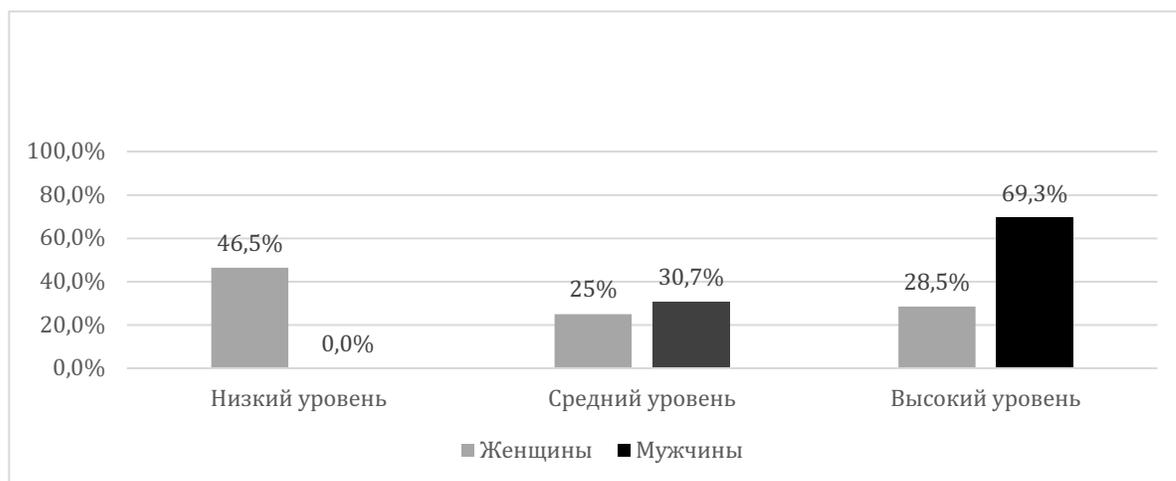


Рисунок6. Уровни проявления удовлетворенности образом собственного тела у мужчин и женщин среднего возраста, распределение в %

Анализ ответов каждой группы респондентов также показал ряд общих черт и отличий (См. рис. 7 и 8).

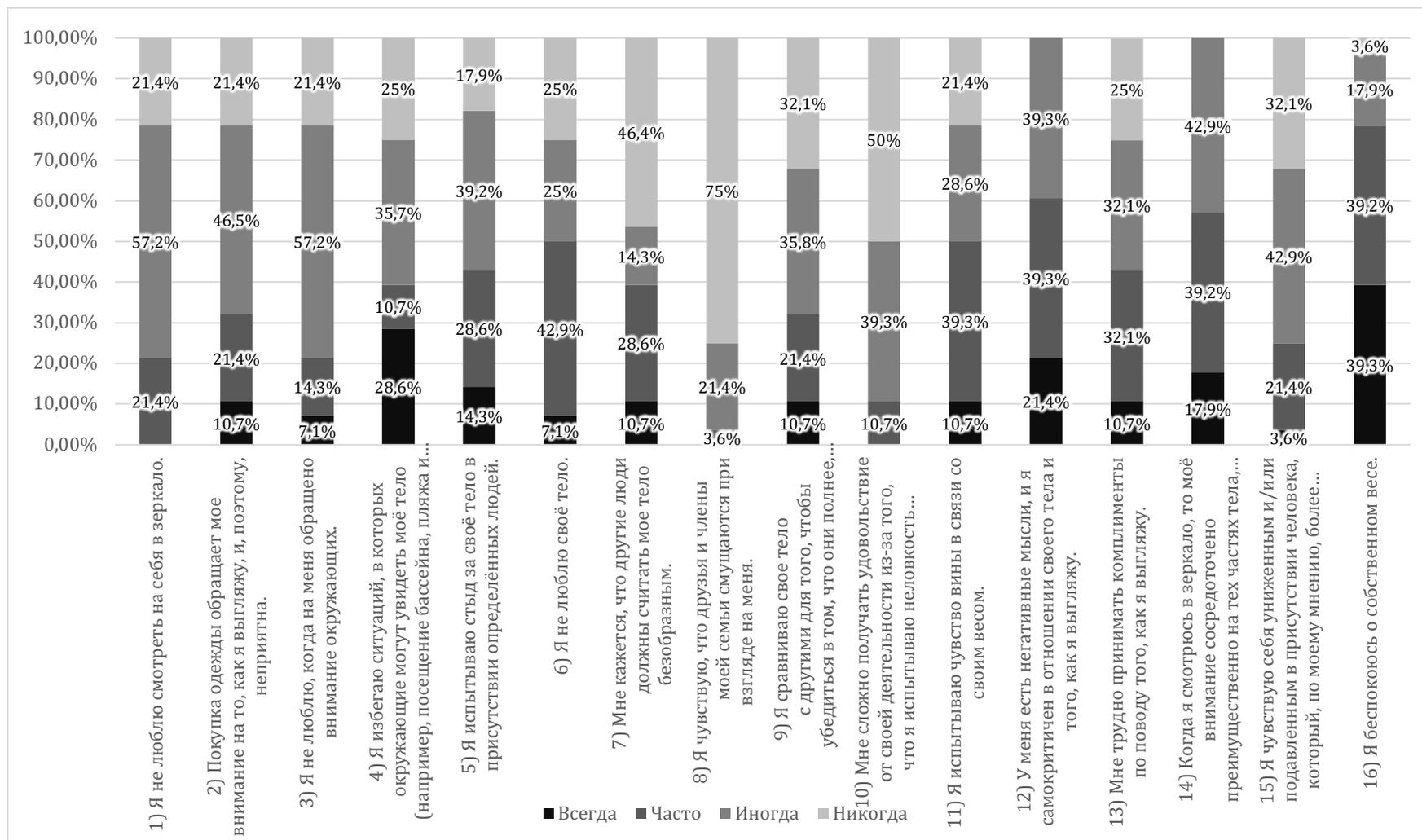


Рисунок 7. Частота встречаемости ответов на вопросы Опросника удовлетворенности образом среди женщин среднего возраста, в %

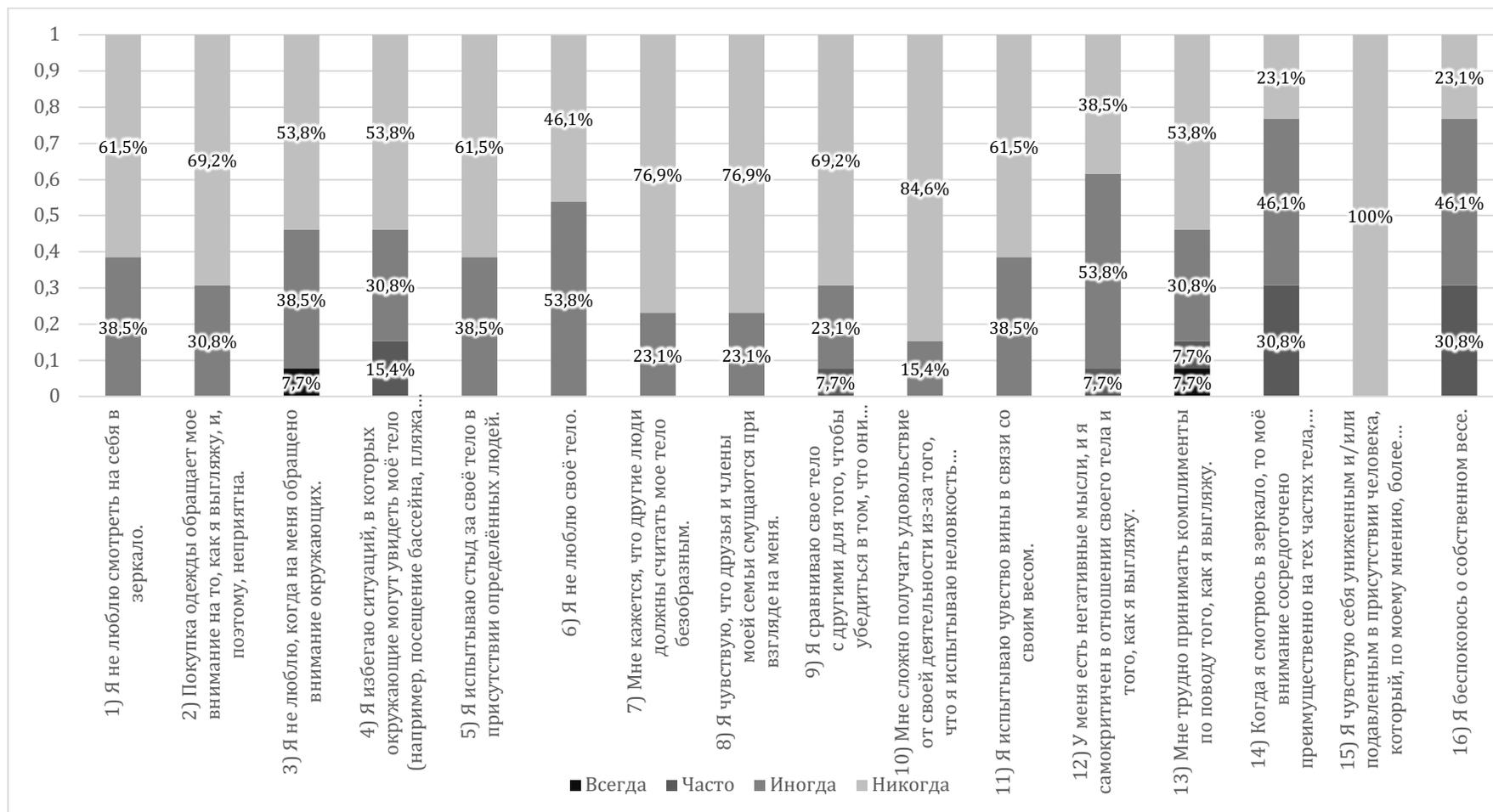


Рисунок 8. Частота встречаемости ответов на вопросы Опросника удовлетворенности образом среди мужчин среднего возраста, в %

Например, пиковые показатели «Всегда» среди женщин касались беспокойства о весе (вопрос 16); избегания ситуаций, где другие могут увидеть тело (вопрос 4); наличия негативных мыслей о своем теле и самокритики (вопрос 12); фокуса внимания на тех частях тела, которые вызывают больше неудовлетворения (вопрос 14); чувства стыда за свое тело в окружении других людей (вопрос 5).

«Часто» женщины отмечают нелюбовь своему телу (вопрос 6); чувство вины из-за лишнего веса (вопрос 11); сложности принимать комплименты на тему внешнего вида (вопрос 13).

«Иногда» им не нравится смотреть на себя в зеркало (вопрос 1); не любят, когда внимание окружающих направлено на них (вопрос 3). Здесь же отметим чувство подавленности в присутствии более привлекательного, по мнению респондента, человека (вопрос 15).

Больше женщин ответили «Никогда» на следующие темы: ощущение, что близкие смущаются при взгляде на респондента (вопрос 8); ожидание, что другие будут считать тело безобразным (вопрос 7); сложности с получением удовольствия от деятельности из-за лишнего веса (вопрос 10).

Полученные ответы показывают ряд тенденций: в эмоциональной сфере — стыд и вина за лишний вес, страх критики; в когнитивной — самокритика, мысли о весе; поведенческой — стратегия избегания, сравнение себя с другими.

Вторая группа респондентов отмечает, что «Всегда» не любит, когда на них обращают внимание (вопрос 3); имеют сложности с принятием комплиментов по поводу внешнего вида (вопрос 13). Отметим, что эти пункты можно рассматривать: а) свойственное всем людям дискомфорт от большого внимания со стороны других людей; б) культурно обусловленный аспект — как правило, мужчинам делают комплименты касательно интеллекта, профессиональных достижений, в то время как женщинам по поводу внешности. В связи с чем можно предположить тенденцию в обществе к смещению этих полюсов, что вызывает

сложности с принятием комплиментов в силу новизны.

«Часто» при взгляде на себя в зеркало мужчины обращают внимание на те части тела, что требуют изменений (вопрос 14); беспокоятся о весе (вопрос 16); избегают ситуаций, где другие могут увидеть тело (вопрос 4).

«Иногда» не любят свое тело (вопрос 6); отмечают негативные мысли о своем теле и самокритичность (вопрос 12).

«Никогда» не ощущают подавленность, если рядом есть человек более привлекательный, чем они (вопрос 15); не чувствуют, что близкие смущаются при взгляде на них (вопрос 8); не ожидают, что другие будут считать тело безобразным (вопрос 7); не испытывают сложности с получением удовольствия от деятельности из-за лишнего веса (вопрос 10).

Анализ ответов мужчин показал две тенденции: а) наличие дискомфорта от внимания других; б) и переживаний о весе. Однако мужчины реже прибегают к самокритике, не сравнивают себя с другими. Данная группа респондентов, как и первая, отмечает стратегию избегания как одну из ведущих.

Таким образом, можно сделать вывод, что: женщины чаще сравнивают себя с другими, чувствуют вину и стыд за лишний вес, больше беспокоятся о нем и недолюбливают свое тело. Мужчины реже сравнивают себя с другими, однако отмечают социальную неловкость при большом внимании к ним.

Сопоставительный анализ двух групп респондентов по **Методике исследования самооценки личности С.А. Будасси** показал, что женщины обладают адекватной самооценкой, которая представлена тремя уровнями:

1) низкая адекватная самооценка (7,2%) — предполагает, что у человека есть определенные рассогласование в образ «Я–реальный» и «Я–идеальный», то есть человек может негативно оценивать какие-то свои качества; ставить перед собой более низкие цели, чем мог бы сделать на самом деле; или же в данный

период испытывает высокий уровень тревоги;

2) средняя адекватная самооценка (35,7%) — это согласование в «Я–реальный» и «Я–идеальный», что говорит о личности уверенной, решительной, готовым принимать решения и брать на себя ответственность за них;

3) высокая адекватная самооценка (57,10%) — говорит о том, что человек обладает достоинством, целеустремленностью и уверенностью, однако может ставить перед собой цели выше, чем он может достичь в реальности.

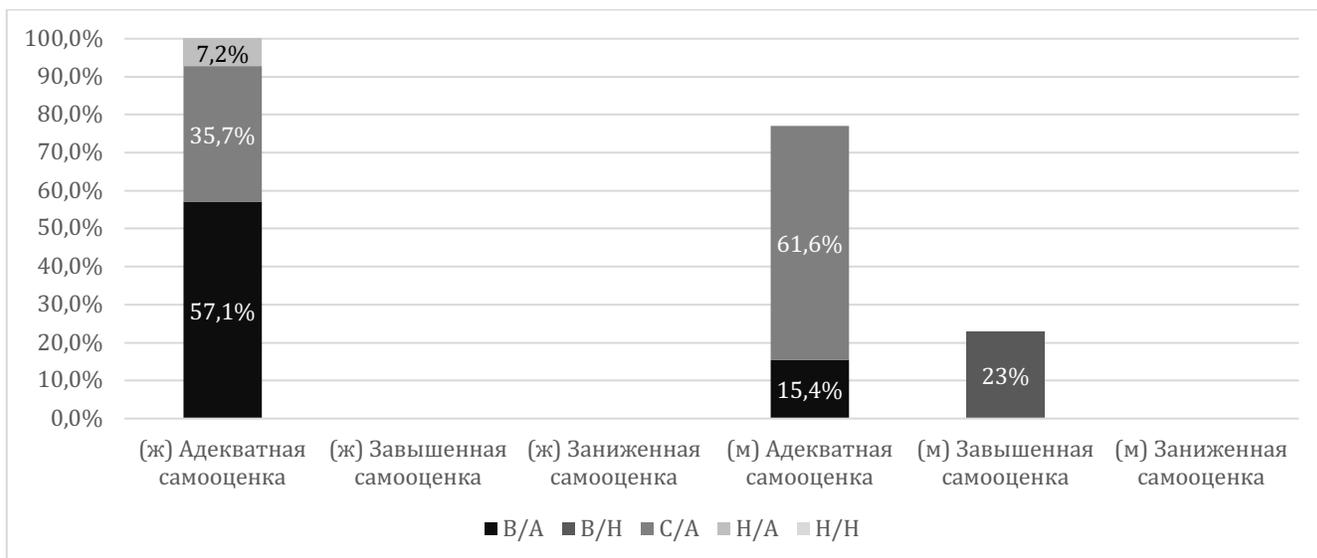


Рисунок 9. Результаты исследования самооценки личности у мужчин и женщин среднего возраста, распределение в %

Условные обозначения: В/А — высокая адекватная, В/Н — высокая неадекватная, С/А — средняя адекватная, Н/А/ — низкая адекватная, Н/Н — низкая неадекватная

Среди опрошенных мужчин адекватная самооценка представлена двумя типами: высокой (15,4%) и средней (61,6%). Полученными данные говорят о положительной связи между «Я–реальный» и «Я–идеальный», что свидетельствует о признании своих как достоинств, так и недостатков. Также у 23% мужчин высокая неадекватная самооценка, то есть возможны: чрезмерная

самоуверенность; высокий уровень притязаний, не соответствующий навыкам; искаженное восприятие своих качеств и оценки деятельности; сниженная / отсутствующая мотивация к саморазвитию, самосовершенствованию.

РПП обладает высокой коморбидностью с аффективными расстройствами такими, как тревога и депрессия. Обнаружение их с помощью **Опросника для выявления уровня тревожности и депрессии К.К. Яхина, Д.М. Менделевича** и сопоставление уровней проявления признаков этих расстройств может также показать гендерную специфику РПП.

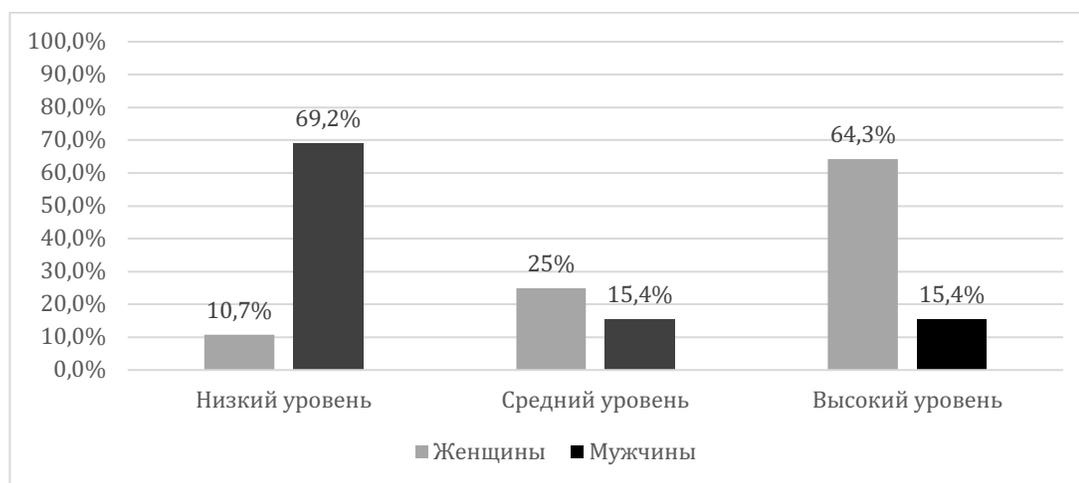


Рисунок 10. Уровни проявленности депрессии среди у мужчин и женщин среднего возраста, распределение в %

Как показано на рисунке 10, высокий уровень, то есть выраженные признаки депрессии, встречаются у 64,3% женщин и 15,4% мужчин. Полученные данные могут свидетельствовать о наличии у опрошенных подавленного настроения, изменениях в питании (пониженных или повышенный аппетит), проблемы со сном и повышенную утомляемость. Описанные состояния могут влиять в дисфункциональном ключе на восприятие себя, окружающего и мира; снижать критичность мышления (черно-белое мышление).

Средний уровень выраженности симптомов депрессии есть у 25% женщин

и 15,4% мужчин, что говорит о возможных сложностях в адаптации к сложившимся жизненным ситуациям или условиям. Низкий уровень, то есть отсутствие симптомов депрессии выявлено у 10,7% женщин и 69,2% мужчин.

На основании полученных данных, можно сделать вывод, что женщины больше подвержены подавленному состоянию, которое сказывается как на эмоциях, так и на мыслях и поведении, что, в свою очередь, сказывается и на отношении к своему телу и себе.

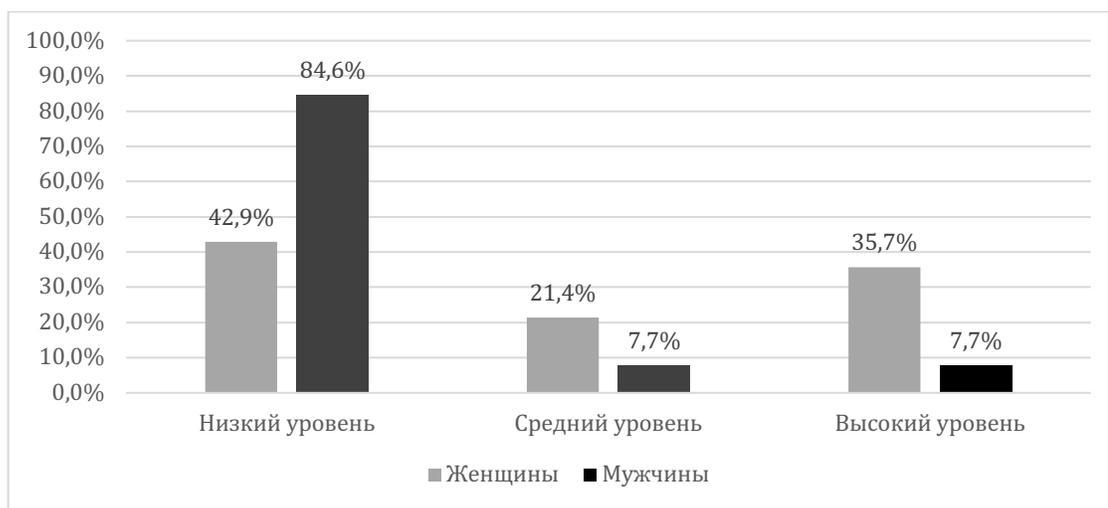


Рисунок 11. Уровни проявленности тревоги среди у мужчин и женщин среднего возраста, распределение в %

Похожая ситуация представлена и на рисунке 11. Явные признаки тревожного состояния представлены и 35,7% женщин и 7,7% мужчин. Средний уровень тревожности есть у 21,4% женщин и 7,7%, что может проявляться в определенной доле нерешительности и беспокойстве. Низкий показатель, указывающий на здоровое состояние, выявлен и 42,9% и 84,6%.

Однако стоит отметить, что с учетом контекста сложившейся мировой ситуации, а также сложностей выражения эмоций среди мужчин (см. Глава 1, параграф 1.1), мы можем предположить сокрытие и/или непонимание ряда

факторов при ответах на вопросы среди мужчин.

Таким образом, обобщая данные всех опросников и с учетом выделенных нами уровней развития, можно выделить три группы среди женщин и мужчин среднего возраста по степени проявленности признаков РПП.

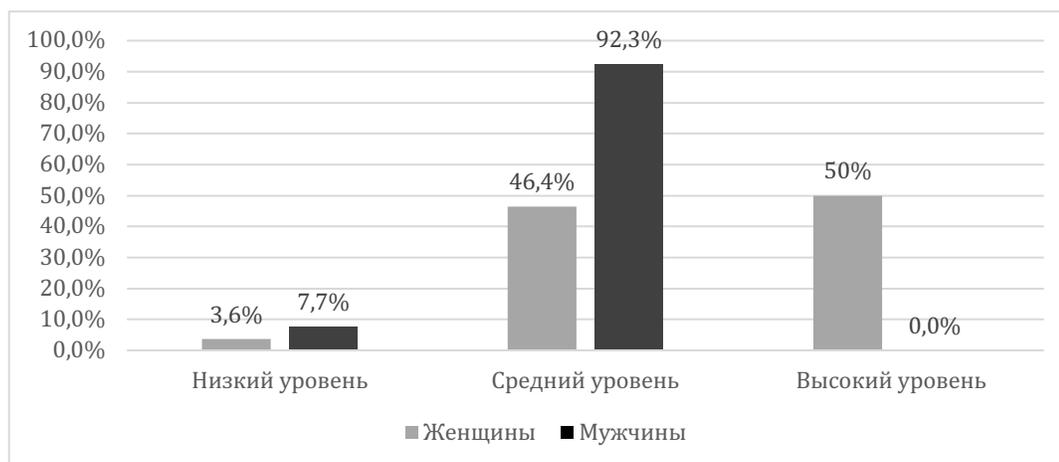


Рисунок 12. Уровни проявленности признаков РПП среди мужчин и женщин среднего возраста, распределение в %

Как показано на рисунке 12, среди мужчин больше тех, у кого не выявлены признаки РПП — 7,7%; однако средний уровень обнаружен у 92,3%, что говорит о высоком риске развития рассматриваемого феномена. У женщин низкий уровень проявленности встретился у 3,6%, средний уровень у 46,4%, высокий у 50%. Данная динамика указывает на большую встречаемость признаков РПП среди женщин.

Результаты корреляционного анализа

С помощью анализа коэффициента ранговой корреляции Спирмена были выявлены статически значимые связи по 7 показателям: пол, возраст, ЕАТ-26, уровень удовлетворенности телом, оценка образа тела, самооценка, уровень

тревоги и депрессии.

Пол. Значимая корреляция ($p \leq 0,01$) с тестом ЕАТ-26 показала, что для женщин в большей степени характерны следующие параметры: ужас при мыслях об избыточном весе ($r=0,602^{**}$); озабоченность по поводу еды ($r=0,418^{**}$); озадаченность о жировых отложениях ($r=0,383^{**}$); высокая частота мыслей о похудании ($r=0,347^{**}$); выбор в пользу ощущения пустоты в желудке ($r=0,308^{**}$). Корреляция ($p \leq 0,05$) также представлена в следующих случаях: возникновение вины после приема пищи ($r=0,281^*$); другие думают, что слишком худой ($r=0,281^*$); прием пищи занимает больше времени, чем у других ($r=0,279^*$); избегание еды с большим содержанием углеводов ($r=0,242^*$).

Корреляция ($p \leq 0,01$) пола и Уровня удовлетворенности телом показала те сегменты, которыми чаще всего недовольные женщины: руки (плечо и предплечье) ($r=0,422^{**}$), живот ($r=0,398^{**}$), спина ($r=0,393^{**}$), грудь ($r=0,384^{**}$), нога (бедро и голень) ($r=0,341^{**}$), бедро ($r=0,309^{**}$), ягодицы ($r=0,289^{**}$). На уровне ($p \leq 0,05$): волосы ($r=0,270^*$), колени ($r=0,230^*$), таз ($r=0,222^*$). Данные указывают на недовольство именно теми частями, которые чаще критикуются в медиа и/или считаются символ женской красоты.

Сопоставление с Оценкой образа тела дало следующие результаты: значимые показатели ($p \leq 0,01$) представлены только среди женщин, например, испытывают дискомфорт от внимания других людей и комплиментов ($r=0,605^{**}$); самокритичны ($r=0,598^{**}$); беспокоятся о весе ($r=0,526^{**}$); чувствуют стыд ($r=0,511^{**}$) и вину ($r=0,502^{**}$) за тело; покупка одежды доставляет неудобство ($r=0,497^{**}$); они не любят смотреть на себя в зеркало ($r=0,430^{**}$); не любят свое тело ($r=0,408^{**}$); сравнивают себя с другими ($r=0,366^{**}$); обращают внимание только на те части тела, которые хотелось бы скорректировать ($r=0,362^{**}$); ожидают внешнюю негативную оценку тела ($r=0,354^{**}$); меньше получают удовольствие от своей деятельности в силу лишнего веса ($r=0,340^{**}$); избегают ситуаций, где могут увидеть тело ($r=0,336^{**}$). Из

приведенных параметров видно, что для женщин свойственны страх оценки, социальный дискомфорт и негативные мысли по отношению к себе.

Сравнение с данными методики оценки Уровня тревоги и депрессии также показала, что эти состояния в большей степени присущи женщинам. Так, в качестве симптомов депрессии у них встречаются: ощущение подавленности ($r = -0,582^{**}$); мысли о безрадостности жизни ($r = -0,467^{**}$); другие кажутся более счастливыми ($r = -0,391^{**}$); впечатление, что другие безразличны к проблемам респондента ($r = -0,366^{**}$); вялость ($r = -0,360^{**}$); чувство вины ($r = -0,325^{**}$). Здесь же с ($p \leq 0,05$): ощущение, другие стали равнодушными, и отсюда чувство одиночества ($r = -0,257^*$); испытывает меньше потребности в дружбе и ласке ($r = -0,219^*$).

В более меньшем объеме представлены такие признаки тревоги, как: социальный дискомфорт ($r = -0,422^{**}$); беспокойство без причины ($r = -0,417^{**}$); снятся кошмары ($r = -0,317^{**}$); наличие суетливости ($r = -0,264^*$); ощущается тревога из-за ожидания ($r = -0,250^*$); сложности с принятием решений ($r = -0,240^*$).

Возраст. Значимая корреляция ($p \leq 0,01$) с ЕАТ-26 показала, что чем младше респондент, тем чаще он: избегает низкоуглеводную еду ($r = -0,316^{**}$); и предпочитает ощущение пустоты в желудке ($r = -0,306^{**}$). Значение в пределах ($p \leq 0,05$), в свою очередь, соотносится со следующими параметрами: ощущение, что другие хотели, чтобы ел больше ($r = -0,273^*$); наличие рвоты после еды ($r = -0,269^*$) и желание ее вызвать ($r = -0,269^*$); чрезмерная вина после еды ($r = -0,245^*$); другие думают, что человек имеет слишком маленький вес ($r = -0,240^*$); проявляет самоконтроль в отношении еды ($r = -0,239^*$); ужас при мыслях об избыточном весе ($r = -0,237^*$); чувствует себя подавленным в присутствии более привлекательно, по его мнению, человека ($r = -0,225^*$). На основании полученных данных можно предположить, что следование ограничительному пищевому поведению с возрастом нивелируется, что можно объяснить,

например, смещением фокуса внимания на семью, профессиональные достижения.

Соотношение возраста и уровня удовлетворенности образом тела отражает следующую динамику: молодые респонденты чаще недовольны ($p \leq 0,01$) глазами ($r = -0,359^{**}$), ростом ($r = -0,342^{**}$), грудной клеткой ($r = -0,331^{**}$), носом ($r = -0,325^{**}$). А также ($p \leq 0,05$): ушами ($r = -0,255^*$), кистью ($r = -0,246^*$), грудью ($r = -0,242^*$), ступнями ($r = -0,219^*$).

Анализ корреляции ($p \leq 0,05$) с Образом собственного тела позволил выявить, что чем старше становится респондент, тем больше он не любит смотреть на себя в зеркало ($r = 0,232^*$). Сопоставление с уровнем тревоги показало, что с возрастом ожидание доставляет большой дискомфорт ($r = 0,356^{**}$).

Самооценка. Корреляция ($p \leq 0,01$) указывает, что чем выше уровень самооценки, тем меньше риск возникновения пищевого дисфункционального поведения. С ЕАТ-26 была обнаружена связь по следующим пунктам: ужас при мысли об избыточном весе ($r = -0,311^{**}$); частые мысли о еде ($r = -0,275^*$); озабоченность по поводу еды ($r = -0,250^*$); преследуют мысли о похудании ($r = -0,244^*$); озадаченность рассуждениями о жировых отложениях на теле ($r = -0,243^*$).

По такому же принципу обнаружена связь с Уровнем удовлетворенности телом. При низкой самооценке негативно оцениваются: нога (бедро, голень) ($r = -0,437^{**}$), кожа ($r = -0,435^{**}$), грудь ($r = -0,417^{**}$), бедро ($r = -0,411^{**}$), колени ($r = -0,399^{**}$), руки (плечо и предплечье) ($r = -0,364^{**}$), шея ($r = -0,344^{**}$), спина ($r = -0,335^{**}$), зубы ($r = -0,324^{**}$), волосы ($r = -0,310^{**}$), ягодицы ($r = -0,306^{**}$), таз ($r = -0,294^{**}$), грудная клетка ($r = -0,291^{**}$). А также: ступни ($r = -0,233^*$), уши ($r = -0,225^*$); челюсть ($r = -0,224^*$).

Оценка образа собственного тела соотносится с низкой самооценкой по таким параметрам, как: чувство вины за вес ($r = -0,449^{**}$); самокритика

($r = -0,440^{**}$); нелюбовь к телу ($r = -0,413^{**}$); селективное внимание при взгляде на себя в зеркало ($r = -0,393^{**}$); ожидание негативной оценки со стороны ($r = -0,294^{**}$); избегание ситуаций, где могут видеть тело ($r = -0,293^{**}$); беспокойство о весе ($r = -0,292^{**}$); ощущение подавленности, если рядом есть более симпатичный человек ($r = -0,291^{**}$). И отмечается стыд за свое тело в присутствии конкретных людей ($r = -0,276^*$).

Обнаружена также значимая корреляция с признаками депрессии: ощущение, что стал безразличным, пропали прежние интересы ($r = 0,335^{**}$); мысли о том, что близкие более счастливы ($r = 0,360^{**}$). Менее значимые совпадения: близкие относятся равнодушно ($r = 0,280^*$); ощущение, что другие проявляют безразличие ($r = 0,237^*$); подавленность ($r = 0,236^*$); чувство вины ($r = 0,229^*$); мысли безрадостности жизни ($r = 0,219^*$). Низкая самооценка также влияет на то, как человек ощущает себя в обществе: чувствует себя скованно и неуверенно ($r = 0,281^*$).

В силу того, что общее число совпадений составило 3628 значений, мы представим краткий обзор значимых корреляций ($p \leq 0,01$) с коэффициентом от ($r = 0,5^{**}$).

ЕАТ-26. При анализе соотношений этой методики с другими параметрами мы опирались на следующие факторы: когнитивный уровень — мысли о еде, похудении и избыточном весе; эмоциональный — страх, вина, касательно веса и пищи; поведенческий — использование диет, переедания, избегание каких-либо продуктов. Самые высокие результаты ($p \leq 0,01$) были обнаружены по следующим пунктам: желание вызывать рвоту прямо пропорционально наличию ее после еды ($r = 1,000^{**}$); мысли о жировых отложениях на теле напрямую влияют на частоту мыслей о похудении ($r = 0,823^{**}$); чем больше человек думает о еде, тем выше озабоченность ею ($r = 0,707^{**}$); также ощущение, что еда контролирует жизнь связано с частыми мыслями о ней ($r = 0,705^{**}$).

Показатели от ($r = 0,5^{**}$) до ($r = 0,7^{**}$) были обнаружены по следующим

пунктам:

- Ужас от мыслей об избыточном весе чаще встречаются среди женщин ($r=0,602^{**}$). Сопровождается мыслями о похудении ($r=0,644^{**}$); жировых отложениях на теле ($r=0,644^{**}$); а также связан с озабоченностью едой ($r=0,555^{**}$); и, в тоже время, предпочтением пустоты в желудке ($r=0,592^{**}$).

При этом по оценке образа тела, наблюдаются: самокритика ($r=0,681^{**}$); ощущение подавленности при появлении человека, по мнению респондента, привлекательнее, чем он ($r=0,648^{**}$); беспокойство о теле ($r=0,645^{**}$); нелюбовь к нему ($r=0,578^{**}$); стыд за него ($r=0,521^{**}$); вина за лишний вес ($r=0,512^{**}$).

Прослеживается высокая корреляция ($p \leq 0,01$) с такими депрессивными признаками как: подавленность ($r = -0,673^{**}$); мысли о том, что в жизни мало радости ($r = -0,662^{**}$); у других она более счастливая ($r = -0,625^{**}$); вялость ($r = -0,538^{**}$); чувство вины ($r = -0,535^{**}$). Симптомы тревоги: беспричинное беспокойство ($r = -0,668^{**}$); тревога из-за ожидания ($r=0,624^{**}$).

- Мысли о похудении имеют также прямую связь ($p \leq 0,01$) с использованием диет ($r=0,581^{**}$); мыслями о сжигании калорий при физических упражнениях ($r=0,556^{**}$); озабоченностью на тему еды ($r=0,502^{**}$).

Есть корреляция с Оценкой образа тела есть по следующим показателям: чувство стыда ($r=0,610^{**}$) и вины ($r=0,551^{**}$) за тело и вес; сравнение себя с другими ($r=0,606^{**}$); самокритика ($r=0,605^{**}$); выборочное внимание ($r=0,605^{**}$); беспокойство о весе ($r=0,605^{**}$); избегание ситуаций, где другие могут увидеть тело ($r=0,600^{**}$); нелюбовь к нему ($r=0,589^{**}$); покупка одежды доставляет дискомфорт ($r=0,564^{**}$); ожидание негативной оценки ($r=0,543^{**}$).

- Озабоченность мыслями о еде коррелирует также с наличием ощущением, что еда контролирует жизнь ($r=0,537^{**}$); и с наличием эпизодов переедания ($r=0,516^{**}$). По данным Опросника оценки образа тела, важную роль здесь играют: нелюбовь к своему телу ($r=0,583^{**}$); ожидание негативной оценки

со стороны других людей ($r=0,521^{**}$).

Как показал анализ, когнитивный аспект, связанный с мыслями о еде и лишнем весе, имеет высокие показатели по уровню проявления признаков депрессии, самооценки, самокритики, страха негативной оценки со стороны; что в свою очередь приводит к таким стратегиям поведения, как избегание, сравнение себя с другими.

- Чувство вины после еды связано с тем, что предпочтение отдается пустоте в желудке ($r=0,620^{**}$); что может влиять на частоту мыслей о еде ($r=0,507^{**}$); и создавать впечатление, что еда контролирует жизнь ($r=0,507^{**}$). Соотношение с Оценкой образа тела идет по следующим параметрам: сложности получения удовольствия от деятельности в силу веса ($r=0,561^{**}$); ощущение подавленности, если есть рядом человек, по мнению респондента, более привлекательный, чем он ($r=0,550^{**}$); нелюбовь к телу ($r=0,546^{**}$). И встречается связь с признаком депрессии: ощущение безразличия со стороны других, что создает ощущение одиночества ($r= -0,507^{**}$). Данные анализа подтверждают важность своевременного прерывания ограничительного поведения, с целью нормализации эмоционального состояния клиента, снижения рисков возникновения «срывов»; а также включения в работу поведенческой активации — планирования активности на неделю.

- Эпизоды переедания, сопровождающиеся потерей контроля, имеют связь с ощущением, что еда контролирует жизнь ($r=0,634^{**}$); частыми мыслями о еде ($r=0,564^{**}$); озабоченностью по поводу пищи ($r=0,516^{**}$).

- При этом тенденция к использованию диет коррелирует с такими параметрами, как: употребление диетической еды ($r=0,608^{**}$); мысли о похудении ($r=0,581^{**}$) и еде ($r=0,532^{**}$); избегание высокоуглеводных продуктов ($r=0,541^{**}$); чувство дискомфорта после сладостей ($r=0,511^{**}$). Также данные теста соотносятся с Оценкой образа тела по параметру — не люблю смотреть на

себя в зеркало ($r=0,513^{**}$).

- Самоконтроль в еде имеет связь с такими видами выборочного питания, как: употребление диетических продуктов ($r=0,659^{**}$), отказ от сахара ($r=0,609^{**}$), подсчет калорий ($r=0,532^{**}$); сокращение углеводов ($r=0,501^{**}$).

Уровень удовлетворенности собственным телом. Корреляция ($p \leq 0,01$) данных по каждому сегменту тела, дала следующие результаты: чем больше респондент не удовлетворен одной частью тела, тем выше риск того, что есть негативная оценка другой. Например, колени и ноги — ($r=0,833^{**}$), спина и грудь ($r=0,820^{**}$), ноги и спина ($r=0,807^{**}$), бедро и ягодицы ($r=0,804^{**}$), спина и колени ($r=0,797^{**}$), бедро и ноги ($r=0,792^{**}$), таз и ягодицы ($r=0,774^{**}$), таз и кисть ($r=0,759^{**}$), бедро и руки ($r=0,757^{**}$), ягодицы и руки ($r=0,752^{**}$), спина и грудная клетка ($r=0,741^{**}$), таз и бедро ($r=0,729^{**}$), рост и глаза ($r=0,708^{**}$), таз и ступня ($r=0,708^{**}$), нога и грудь ($r=0,700^{**}$). По полученным данным можно сделать два предположения: неудовлетворенность рядом сегментов связана с а) физиологическими особенностями, например, слабые колени могут влиять на ощущения в ногах; б) селективным вниманием, когда фокус только на тех частях, которые хотелось бы скорректировать, однако перенос негативной оценки идет на всю зону. Так, при рассмотрении тазовой области под критику может попасть и кисти, поскольку они находятся на одном уровне.

С ЕАТ-26 рассматриваемый опросник соотносится по двум показателям: чем выше неудовлетворенность руками (плечи и предплечья), тем сильнее ужас о мыслях про избыточный вес ($r=0,517^{**}$); негативная оценка спины связана с временем, затраченным на прием пищи ($r=0,500^{**}$). В первом случае можно говорить об эстетическом компоненте, где срабатывает сверхобобщение — верхняя часть тела воспринимается крупнее, а вместе с ней и все тело; во втором — функциональный аспект (от долгого сидения может болеть спина).

Соотношение с Оценкой образа тела показало, что чем выше неудовлетворенность животом и бедрами, тем сильнее чувство вины из-за

лишнего веса ($r=0,565^{**}$); если руками, то увеличивается самокритика и наличие негативных мыслей себе ($r=0,510^{**}$); ощущение подавленности в присутствии более привлекательного человека — грудь ($r=0,551^{**}$), спина ($r=0,560^{**}$), бедро($r=0,512^{**}$).

Найдена корреляция с депрессивным признаком: негативная оценка живота ($r= -0,506^{**}$), рук ($r= -0,542^{**}$), таза ($r= -0,500^{**}$) и бедер ($r= -0,543^{**}$), связана с мыслями о том, что в жизни мало радости и счастья.

Оценка образа собственного тела. Анализ корреляций ($p\leq 0,01$) показал, что: покупка одежды, когда внимание обращено на то, как человек выглядит, напрямую связана с чувством вины за вес ($r=0,709^{**}$), со сравнением себя с другими($r=0,710^{**}$), а также негативными мыслями о теле и самокритикой ($r=0,771^{**}$). Ощущение стыда за тело в присутствии определенных людей проявляется сильнее в ситуациях, где тело могу увидеть ($r=0,711^{**}$), и приводит к сравнению себя с другими ($r=0,714^{**}$). Нелюбовь к своему телу прямо пропорционально чувству вины за вес ($r=0,731^{**}$). Последняя имеет связь с беспокойством о лишнем весе ($r=0,708^{**}$). Как видно из анализа, важным фактором в формировании негативного отношения к образу тела является стратегия сравнения себя с другими, что, в свою очередь, приводит к избеганию таких ситуаций и мест, где это сравнение возможно.

Соотношение с ЕАТ–26 представлена выше. Больше совпадений Оценки образа собственного тела ($p\leq 0,01$), ($p\leq 0,05$) найдено с такими признаками депрессии, как: подавленность, мысли о безрадостности жизни, ощущение безразличия со стороны других, равнодушие со стороны близких, ощущение, что другие более счастливы, вина. — 16 совпадений, вялость — 14 корреляций. Данный анализ показывает высокую коморбидность негативного отношения к образу тела и уровня депрессии, что может указывать на приоритетность работы именно с этим признаком РПП.

Наиболее встречаемые симптомы тревоги: ощущение беспричинного

беспокойства — 16 корреляций; социальный дискомфорт — 15 совпадений; тревожность из-за ожидания — 11 связей.

Уровень тревоги и депрессии. Поскольку подробный анализ соотношения данной методики и других тестов был представлен выше, здесь покажем значимые результаты по самому опроснику. Высокая корреляция ($p \leq 0,01$) по следующим пунктам: ощущение подавленности связано с мыслями о том, что в жизни мало радости ($r=0,782^{**}$); ощущение беспричинного беспокойства имеет связь с впечатлением, что жизнь безрадостна ($r=0,744^{**}$), и тревогой на тему ожидания ($r=0,719^{**}$). По результатам полученных данных можно предположить, что, причиной переживания могут быть: во-первых, потеря удовольствия в жизни, что приводит к апатичному состоянию и поиску радости в других формах, например, в еде. Во-вторых, борьба с перманентным тревожным состоянием через заедание стресса.

Таким образом, на основании корреляционного анализа был выявлен ряд особенностей, характерных для мужчин и женщин среднего возраста с признаками РПП:

1. Среди женщин чаще встречаются негативные мысли о себе, стыд за свое тело, страх лишнего веса и оценки со стороны, а также признаки депрессии (подавленность, вина, чувство одиночества), что указывает на высокий риск развития РПП именно среди этой группы населения.

2. С возрастом важность соблюдения ограничительно поведения падает, что можно рассматривать в контексте смещения фокуса внимания с эстетической составляющей, на социальную реализацию (семья, карьера).

3. Наличие адекватной самооценки снижает возможность развития признаков РПП, депрессии, и наоборот. Однако частые мысли о еде, теле и лишнем весе могут быть причиной высокого уровня самокритики и страха оценки со стороны, что приводит к такой стратегии, как избегание. Она же, в свою очередь, усугубляет состояние — могут усиливаться симптомы депрессии

и тревоги. Поэтому, на наш взгляд, эффективными инструментами в работе с признаками РПП могут стать поведенческие эксперименты и поведенческая активация.

4. При оценке Уровня удовлетворенности собственным телом значимую роль могут играть: а) физиологические особенности; б) сверхообобщение, где на основании одной части тела негативная оценка переносится на всю зону в целом. Данный вывод показывает важность работы с селективным вниманием у людей с признаками РПП.

5. Причинами переживания могут быть: как потеря радости в жизни, так и продолжительный стресс.

2.2. Организация и проведение формирующего эксперимента

После констатирующего эксперимента нами была предложена помощь респондентам с высокими показателями. Откликнулось 8 человек — 7 женщин и 1 мужчина.

Консультации проходили в формате онлайн на базе площадки «Яндекс.Телемост», а также в кабинете психолога. В силу индивидуальности протекания каждого случая, нами была выбрана индивидуальная работа. Общее количество встреч — 80 по одному/полтора часа.

Цель — коррекция пищевого поведения, а также отношения к себе и своему телу, убеждений относительно себя, мира, других у мужчин и женщин среднего возраста с признаками расстройства пищевого поведения.

Для реализации поставленной цели были определены следующие задачи:

1) провести психоконсультирование на тему расстройств пищевого поведения, их признаков и причин; в том числе познакомить респондентов с циклом РПП и петель тревоги.

2) начать коррекцию питания с помощью: прерывания

дисфункционального пищевого поведения (отказ от очистительного поведения или диеты); ведение дневника питания для отслеживания триггеров, запускающих цикл «ограничения пищевые — срыв — тревога — ужесточение ограничений»; внедрение функциональных пищевых привычек, например, приготовление пищи, планирование ее приемов, изготовление заготовок для экономии времени на готовку.

3) обучить таким навыкам, как: обнаружение дисфункциональных мыслей, их критический анализ и спаривание; самостоятельный поиск альтернативных копинг-стратегий; определение и выражение эмоций; релаксация.

4) стабилизировать или при необходимости сформировать ценностно-мотивационный уровень, путем определения индивидуальных смыслов в происходящих изменениях для каждого клиента.

5) закрепление положительных результатов.

Индивидуальные психологические консультации строились по следующему плану, однако в ряде случаев он видоизменялся под запрос и специфику клиента.

Этап 1. Вводный (Первая консультация).

Задачи: знакомство, установление контакта, психоинформирование, обсуждение результатов диагностики, сбор анамнеза и проведение консультирования.

Техники и приемы: беседа с обратной связью, активное слушание, психоинформирование, следование направляемому открытию, выбор и обсуждение домашнего задания (ведение дневника питания, СМЭР).

Этап 2. Основной (Со второй по девятую консультацию).

Задачи: формирование и укрепление клиенто-терапевтического альянса, создание атмосферы комфорта и безопасности, проработка клиентских ситуаций на каждой встрече, обучение навыкам критического мышления и оспаривания, работа с эмоциональной сферой, проведение поведенческих экспериментов, стабилизация ценностно-мотивационной сферы, коррекция пищевого поведения и

формирование новых стратегий реагирования на стресс.

Темы встреч: высокая тревога; апатия и отсутствие сил что-то делать; самокритика; страх осуждения; догматичные требования к себе и другим; низкая самооценка и мотивация; ощущение безысходности как в «замкнутом круге»; повышение навыка коммуникации; переедание или отсутствие аппетита в стрессовой ситуации.

Техники и приемы: рефлексивная беседа с обратной связью, активное слушание, психоинформирование, «Пирог ответственности», Сократовские вопросы, Сократический диалог, когнитивный континуум, прием «Падающая стрела», ранжирование страхов, СМЭР, копинг-карточки, декатастрофизация, поведенческие эксперименты и поведенческая активизация, самораскрытие, оспаривание, парадоксальная интенция, доведение до абсурда, «Направляемое открытие»; арт-техники «Образ тела», «Карта чувств», «Карта моего внутреннего мира», «Карта моего жизненного пути» с адаптацией под запрос клиента.

Этап 3. Заключительный (Десятая консультация).

Задачи: закрепить позитивные изменения в поведенческой, когнитивной и эмоциональной сферах.

Техники: рефлексивная беседа с обратной связью, активное слушание, составление плана самопомощи в стрессовых ситуациях.

Подробно каждый этап мы опишем на примере самих индивидуальных консультаций.

Случай №1.

Э., 31 год. Мужчина. Женат, второй брак, есть ребенок (5 лет).

Рост — 178, вес — 81, ИМТ — 25,6 (избыточная масса тела).

Результаты диагностики и информация о клиенте: данные Опросника пищевых предпочтений (ЕАТ–26) показали средний уровень проявленности признаков РПП (16 баллов). Клиент отмечал частые мысли о лишнем весе и переживания по этому поводу; поделился опытом использования диет, что

давало краткосрочный результат, т.к. вес со временем возвращался. На момент обращения мужчина придерживался следующих пищевых правил: сокращение сахара, в том числе замена на диетические продукты; последний прием пищи в 18:00; две силовые тренировки в неделю. Однако отмечал частые срывы и чувство вины за это; низкую мотивацию придерживаться режима.

По Шкале оценки уровня удовлетворенности образом тела О.А. Скугаревского в сумме получился высокий балл неудовлетворенности телом (75 баллов). Негативную оценку получили: живот — 6 баллов; грудная клетка, спина, руки, ягодицы, таз, бедро — 5 баллов; а также лицо, шея, грудь и ноги — 4 балла. Со слов клиента — его беспокоят большего всего живот, лицо и руки в силу профессии — он выступает перед публикой.

Опросник образа собственного тела — 16 баллов / 7 стенойнов, что говорит о среднем уровне неудовлетворенности телом. За прошедший год мужчина достиг максимального веса за всю жизнь, что стало причиной неуверенности в себе, физического и эмоционального дискомфорта. В профессиональной сфере его окружают хорошо сложенные молодые люди, что сказывается на отношении к своему телу — клиент испытывает стыд, гнев и чувство беспомощности.

Исследование самооценки показало средний адекватный уровень, что говорит о соответствии образов «Я–реальный» и «Я–идеальный». Во время беседы клиент четко обозначил свои сильные и слабые стороны. Однако были выявлены догматичные требования, касательно своих социальных ролей — сын, муж и отец —, несоответствие которым вызывало тревогу.

Результаты по выраженности уровня депрессии и тревоги — средний (-0,93 / 0,65 баллов). По словам клиента, переживания связаны со сменой в должности — из тенора в баритон, что подразумевает прохождение обучения, освоение новой программы, регулярные прослушивания, а также временные финансовые изменения.

Отметим, что у клиента наблюдается страх перед новым, частое ощущение

беспомощности и подавленности, догматичные требования к себе. Стратегии реагирования на стресс — избегание (например, ход в другую комнату, вместо разговора), употребление сладкого в большом количестве.

Запрос клиента: понять причину срывов; стабилизировать мотивацию к похудению; сократить количество сладкого в день.

Всего было проведено 10 консультаций (9 встреч по 1 часу, 1 сессия — 1,5 часа).

На первой консультации состоялась беседа с целью сбора информации о проблематике клиента; проведено психоинформирование о влиянии пищевых ограничений на переживание; выявлены основные пункты работы с клиентом; а также было выбрано домашнее задание — заполнение дневника питания для выявления триггеров, влияющих на желание съесть сладкого в большом количестве.

Вторая консультация началась с обсуждения домашнего задания. Клиент отметил определенные закономерности между количеством приемов пищи за день и повышением уровня голода вечером. В связи с этим ему была предложена модель трехразового питания с тремя дополнительными перекусами в качестве эксперимента на следующую неделю. Клиент согласился частично — выбрал 3 основных приема и 2 перекуса с ориентировочными промежутками в 2,5–3 часа.

Далее разобрали актуальную ситуацию по СМЭР, с целью обучения навыку отслеживания и называния эмоций и мыслей. В ходе работы было выявлено долженствование: «Я должен при любых обстоятельствах выполнять обязанности мужа, иначе все может закончиться разводом, и я останусь один». Для этого использовалась техника «Падающая стрела», которая способствовала определению причины страха и стыда в сложившейся ситуации:

- Что это значит для Вас?
- К чему это может привести?
- Что тогда за этим последует?

— И что это будет говорить о Вас?

— Тогда что нужно делать, чтобы этого не произошло?

Третья консультация была посвящена работе с долженствованием, выявленным на второй консультации.

Для начала проведено психоконсультирование на тему негибких установок и когнитивных искажений. Совместно с клиентом выявлена когнитивная ошибка «Катастрофизация». Далее работа шла над формулированием более функционального убеждения касательно себя в роли супруга.

Для этого использовались:

1. Сравнительная таблица, в которую были, с одной стороны, внесены те обязательства, с которыми клиент справляется, с другой, те, в которых у него есть к себе претензии. Сопоставление этих данных помогло визуально представить усилия, которые клиент предпринимает в отношении семьи, и сформировать более гибкое представление о себе в роли мужа;

2. Техника декатастрофизация для снижения тревоги. Применялись следующие вопросы:

— Каковы доказательства этой мысли?

— Что опровергает эту мысль?

— Эта мысль помогает Вам или мешает в построении отношений с супругой?

В заключение были подведены итоги эксперимента по трехразовому питанию, назначенного на второй консультации. Клиент отметил снижение желания сладкого в течение дня, однако вечером еще «хотелось чего-нибудь пожевать» (цитата).

Четвертая консультация состояла из двух частей. Первая — это анализ дневника питания за прошедшую неделю. Клиент отметил сокращение мыслей о еде, поскольку раньше часто испытывал голод в течение дня. Количество продуктов, содержащих сахар, сократилось, однако увеличилось число

протеиновых батончиков.

Поэтому вторая часть касалась страха перед сладким, поскольку замещение одних продуктов другими, также можно рассматривать как ограничительное поведение или запрет. Для этого использовались метафора и когнитивный континуум.

Пример метафоры (еще больше метафор см. в книге [44]): «Проведем эксперимент? Я поставлю таймер, а ваша задача — задержать дыхание как можно дольше». После проделанных действий идет обсуждение: Как изменился ритм Вашего дыхания, после того как Вы сделали вдох?

Цель упражнения — показать, как ограничения повышают риск срыва и переедания.

В конце встречи клиенту было предложено задание понаблюдать над эмоциями и мыслями перед тем, как он захочет съесть сладкого.

На пятой консультации был проведен анализ дневника питания с учетом задания с прошлой консультации. Клиент на неделю убрал протеиновые батончики, и дал себе разрешение есть сладкое. Он обнаружил следующую закономерность: мысли о предстоящем деле вызывали беспомощность и тревогу, поэтому решение вопроса откладывалось, что усиливало беспокойство, тревогу и жалость к себе; в качестве поддержки он выбирал шоколад, говоря себе, что он заслужил порадовать себя; затем наступало чувство вины. Поэтому задание на неделю — отслеживание «разрешающих мыслей».

Анализ ситуации по принципу СМЭР позволил выявить убеждения относительно выдерживания дискомфорта от предстоящего дела: «Это будет ужасно, никогда не закончится и будет длиться бесконечно»; а также долженствования касательно себя как супруга «Я должен быть бодрым и сильным, ведь я мужчина в семье. Если этого не будет, то супруга может оставить меня и я останусь один».

Для работы с долженствованием применили сравнение: «Я ДОЛЖЕН быть

бодрым и сильным» и «Я ХОЧУ быть бодрым и сильным». Благодаря чему клиент пришел к выводу, что первая форма предполагает требование к нему со стороны других, в то время как вторая — его желание, за постановку и выполнение которого ответственность он несет сам.

Домашнее задание — дневник питания.

Шестая консультация была посвящена поведенческому эксперименту.

Во время разбора дневника питания клиент отметил снижение мотивации придерживаться плана питания. Он связал это однообразием меню, что снижало уровень удовольствия от приема пищи.

В ходе консультации был выявлен страх ошибки и ее последствий: клиент испытывает растерянность и тревогу перед выбором нового блюда в заведении, поэтому чаще всего выбирает одно и то же. Есть также страх приготовить что-то новое самостоятельно.

В связи с чем был предложен поведенческий эксперимент. Первый этап — обсуждение эксперимента: условия, время, место. Второй этап — это выявление и опровержение дисфункциональных убеждений, которые могут помешать реализации задания.

В итоге было выбрано два варианта: на текущей неделе приготовить что-то самостоятельно; на следующей неделе — прийти в ресторан и заказать там новое блюдо.

Седьмая консультация началась с обсуждения эксперимента: клиент отметил, что приготовление пищи самостоятельно принесло ощущение уверенности в себе, удовольствие и позволило отвлечься от рабочих задач, что, по его мнению, повлияло и на его отношение к плану питания — появилась мотивация попробовать что-то новое, снизилось количество сладкого.

На примере рабочей ситуации была разобрана тема, связанная с разрешающими мыслями, которые приводят к перееданию, или заеданию стресса: «Это было невыносимо, нужно себя порадовать сладким»; «Из-за

стресса, после пережитого прослушивания, голод такой зверский, что я легко съем большую пиццу. В конце-концов, я это заслужил».

На первом этапе использовалась техника СМЭР для выявления этих мыслей; затем проведено оспаривание с помощью техники «Сократовские вопросы»:

- Каковы доказательства этой мысли?
- Каковы опровержения этой мысли?
- Что самое страшное может произойти?
- Что самое лучшее может произойти?
- Каков самый реалистичный исход?
- Каковы последствия веры в эту мысль?
- Насколько эта мысль соответствует реальности?
- Будет ли это важно через 5 лет?
- Если к вам пришел друг с такой же проблемой, чтобы Вы ему сказали?

На **восьмой консультации** проходила работа с одной из важных для клиента тем — сон. В силу профессии, где предполагается заучивание большого количества текста и частые прослушивания, случаются трудности с засыпанием. В такие периоды клиент отмечает рост чувства голода, количества сладкого за день, а также повышение уровня тревоги из-за кофе (2–3 чашки свежесваренного напитка).

В ходе работы были выявлены иррациональные мысли и эмоции, мешающие засыпанию: «Я опять не могу нормально уснуть, значит, завтра буду разбитым, не смогу получать удовольствия от жизни, и тогда велик риск, что я умру от недостатка сна»; «Мне опять не удалось уснуть. Я бедный, несчастный и слабый»; «Близкие мешают мне засыпать. Это меня злит, ведь я не могу влиять на них, а значит, я слабый и беспомощный». Выявленные мысли сопровождалась такими эмоциями, как страх, злость и разочарование.

Сперва было проведено оспаривание выявленных мыслей и обсуждение

когнитивных искажений. Далее составлен план для нормализации сна, в который вошли:

- Соблюдение регулярного режима;
- Выключение гаджетов за 1 час до сна;
- При обнаружении навязчивых мыслей: прочитать копинг-карточку, сместить фокус внимания на другие вещи, использовать технику «Парадоксальная интенция». Последняя заключалась в том, чтобы клиент ложился спать с намерением не спать вовсе.

Девятую консультацию клиент предложил провести в формате арт-терапии. В качестве инструмента было выбрано упражнение «Образ тела», с целью формирования позитивного отношения к телу.

В профессиональной среде клиента фокус на красивом подтянутом теле не стоит на первом месте, но и не исключается вовсе. Поэтому, на наш взгляд, было важно расширить представление об образе тела — не только с точки зрения эстетической составляющей, но и функциональной: как те или иные части тела помогают в жизни, какие функции выполняют.

Заключительная **десятая консультация** состояла из подведения итогов и создания плана самопомощи при заметных изменениях в питании. Клиент выписал те инструменты, которые ему понравились больше всего и которые он чаще применяет: СМЭР, парадоксальная интенция, сократовские вопросы. Зафиксировал также общим списком те функциональные гибкие убеждения, которые мы формулировали в течение всех встреч.

Клиент отметил, что стал увереннее в себе; снизился уровень тревоги; появилось желание пробовать что-то новое, экспериментировать; отношения в семье улучшились; сократилось количество «срывов».

Случай №2.

А., 28 лет. Женщина. Замужем, есть ребенок (2,5 года).

Рост — 159, вес — 58, ИМТ — 22,9 (норма).

Результаты диагностики и информация о клиенте: Опросник пищевых предпочтений (ЕАТ–26) выявил средний уровень проявленности РПП (12 баллов). Отметим, что перед первой консультацией клиентке был диагностирован сахарный диабет, в силу чего и ответы на тест содержали информацию об ограничениях в питании. Так, респондент отметил: озабоченность по поводу еды; избегание пищи с высоким содержанием углеводов и сахара; употребление диетических продуктов; частое ощущение, что еда контролирует ее жизнь; дискомфорт после употребления сладостей; использование диет. Однако за последние полгода клиентка отметила регулярность «срывов», что связано напрямую с лечебным планом питания.

Шкала оценки уровня удовлетворенности образом тела показала высокий уровень, что говорит о принятии своего тела и удовлетворенности им в целом. Единственная зона, которая получила 3 балла по уровню неудовлетворенности — живот. Образ собственного тела оценивается респондентом позитивно — 7 баллов / 4 стенойна. Однако, после постановки диагноза отмечает дискомфорт при взгляде на себя в зеркало, или если замечает, что другие на нее обращают внимание, а также частые мысли о дефектности.

Самооценка высокая адекватная, что говорит о позитивном отношении к себе и балансе «Я–идеального» и «Я–реального».

По тесту уровня Тревоги и депрессии на момент констатирующего эксперимента депрессия — средний уровень ($-0,03$), тревога — низкий (1,65). Однако отметим, что данный тест клиентка прошла за неделю до поставленного диагноза и после получения информации о состоянии здоровья отметила высокий уровень тревоги, что и стало одним из блоков работы.

В анамнезе сахарный диабет есть у отца, старшей сестры и родственников по мужской линии. Клиентка отмечает, что около года родитель проходил тяжелый процесс адаптации и принятия диагноза: апатичное состояние, страх смерти, злость на себя и судьбу и пр. Поэтому мысли о высоком риске передачи

данного заболевания по наследству клиентка отслеживала часто. Особенно остро в период беременности. Однако каких-либо изменений в плане питания не предпринимала.

Летом 2025 года она почувствовала недомогание, ухудшение состояния, обратилась к эндокринологу. В течение трех месяцев отслеживали динамику состояния, уже в сентябре был выставлен диагноз. Клиентка отметила частые «срывы», злость, разочарование в себе и тревогу.

Основные стратегии реагирования на стресс — избегание (например, перестала общаться с подругой из-за страха негативной оценки), уход от конфликта, руминации.

Запрос клиента: снизить уровень тревоги; сократить количество «срывов»; принять себя с диагнозом; понять, как поддерживать мотивацию придерживаться плана питания.

Всего было проведено 10 консультаций (8 встреч по 1 часа, 2 сессии по 1,5 часа).

Первая консультация была посвящена знакомству с программой консультирования, обсуждению результатов теста, сбору информации о клиенте и психоинформированию касательно тех этапов, которые клиент проживает в принятии информации о диагнозе, а также о работе петли тревоги. Был собран анамнез заболевания, и получена информация о рекомендациях лечащего врача. В качестве домашнего задания был дан дневник питания, адаптированный под клиента (графа с уровнем сахара крови и инсулином).

На **второй консультации** было проведено обучение по заполнению дневника СМЭР, с целью формирования навыка клиента отслеживать те мысли, которые усиливают тревогу.

В ходе работы было выявлено дисфункциональное убеждение и определено когнитивное искажение «Катастрофизация»: «Если препарат сразу не снижает уровень сахара в крови, то значит он не работает. Тогда это говорит о

том, что у меня все плохо со здоровьем, и значит, что я скоро умру и мой ребенок останется без матери». Новая адаптивная мысль: «Я только начала ставить препарат, а это значит, что мы с врачом на этапе подбора нужной дозировки, да и организму нужно время адаптироваться. Если уровень сахара в крови не снижается, то я могу: а) поставить еще дозу, рекомендованную врачом; б) обратиться в скорую помощь».

В качестве домашнего задания, помимо дневника питания, нужно было распределить продукты питания в таблице по категориям: Низкий GI — не выше 55; Средний GI — 56–69; Высокий GI — 70 и выше. Цель этого задания — снижение страха перед продуктами, поскольку клиент на этом этапе не знал, как на его организм могут влиять та или иная еда.

Третья консультация началась с проверки домашнего задания. Составление списка продуктов позволило выявить ряд определенных убеждений, например, «Теперь я никогда не смогу получать удовольствие от жизни, ведь все самое вкусное мне запретили». Здесь мы выработали стратегию поиска альтернатив: приготовить пищу самостоятельно; найти заведения в городе, меню которых подходит для диабетиков; попробовать новые продукты.

Далее было выявлено убеждение, касательно себя: «Если у меня диабет, то это значит, что я дефектная и слабая». С помощью «Когнитивного континуума», адаптированного под клиента, было проведено оспаривание: важно было показать клиенту, что диагноз не влияет на те характеристики личности, которые были до его постановки. Здесь также помогла метафора «не клади все яйца в одну корзину».

Домашнее задание — дневник питания.

На **четвертой консультации** продолжили разбирать СМЭР с целью тренировки навыка выявления и оспаривания дисфункциональных мыслей. С помощью техники «Падающая стрела» было выявлено глубинное убеждение: «Уровень сахара в крови высокий, значит я съела что-то не то. Если я не могу

держат себя в руках и следовать плану питания, то я несдержанная и слабая».

Для работы с этим убеждением была использована концептуализация сильных сторон, с целью показать клиенту, что он справляется со сложившейся ситуацией. В этом нам помогли следующие вопросы:

— Когда Вы выбирали блюдо, то взяли то, что хотели или то, что подходило под программу питания?

— Если Вы выбрали что подходило под программу питания и отказались от того, что хотелось, включая десерт, то это что говорит о Вас?

— Что помогло в тот момент сделать выбор?

Домашнее задание — дневник питания.

Пятая консультация — разбор дневника питания с целью выявления триггеров тревоги и «срывов». На примере отдельных ситуаций клиенту был показан принцип повышения уровня тревоги, или петля тревоги. Так, в один из дней показатель сахара в крови достиг 14,3 ммоль, при норме для нее 10 ммоль. Клиентка спокойно справилась с этой ситуацией, используя и копинг-карточку со второй консультации. Однако на следующий день начала прием нового препарата и переживала, подействует ли он на организм (со стороны лечащего врача было проведено подробное информирование, но из-за тревоги клиентка не вспомнила об этом). Мысли об этом в течение дня беспокоили и повышали уровень тревоги. Вечером, когда прибор показал 15 ммоль, случилась паническая атака.

Поэтому клиенту, в качестве домашнего задания, была предложена техника «4 шага» для смещения фокуса внимания в течение дня с тревожных мыслей на другие области жизни:

Шаг 1. Переименование, или признание мысли. Например, «Я слабая» на «Я обратила внимание, что у меня возникла мысль, что я слабая».

Шаг 2. Переосмысление, или поиск источника. Например, мысль «Я слабая» — это когнитивное искажение «Сверхобобщение», в реальности есть

ситуации, в которых я справляюсь.

Шаг 3. Перефокусировка, или перенос фокуса внимания с мыслей на конструктивные действия. Для этого можно использовать вопрос: Как эта мысль помогает мне? Затем заняться любым делом.

Шаг 4. Переоценка мысли. Спустя время оценить, насколько сейчас верится в эту мысль?

Домашнее задание — дневник питания и чтение копинг-карточки.

На **шестой консультации** продолжили работу с триггерами тревоги. Для этого провели ранжирование страхов, исходя из тех ситуаций, которые клиент зафиксировал в дневнике. Всего было выявлено 7 пунктов, и каждому назначен ранг, где 1 — почти не беспокоит, 10 — испытываю ужас при мысли об этом.

У всех 7 пунктов было выявлено общее — это страх неизвестности. Поэтому сперва составили список тех действий, которые может предпринять клиент для получения информации: написать лечащему врачу; прочитать достоверные источники (определенные научные журналы по теме; брошюры, полученные в клинике); обратиться к прошлому опыту, где уже справлялась с похожими ситуациями. На базе перечня страхов была выбрана тема для следующей встречи — профессиональное будущее.

Домашнее задание — дневник питания и чтение копинг-карточки.

Поэтому **седьмая консультация** включала в себя составление плана действий и поиска альтернатив в сфере работы.

Во-первых, обсуждение «за» и «против» решения остаться на прежнем месте работы. Для этого была предложена таблица, состоящая из следующих блоков: субъективные плюсы и минусы, объективные плюсы и минусы остаться на работе, поменять работу.

Таблица 2. — Техника принятия решения

	Плюсы	Минусы
Субъективные		
Объективные		

Во-вторых, план действий по продвижению в карьере (фриланс). В-третьих, варианты финансовой поддержки в случае ухода с основного места работы, а именно обращение в Центр занятости. В-четвертых, в качестве домашнего задания, составление резюме.

Восьмая консультация была проведена в формате арт-терапии, где мы работали над образом будущего. Для этого была использована техника «Мой жизненный путь». Клиент изображает себя на листе А4 в качестве путника, который оказался на перекрестке и сейчас выбирает, в какую сторону ему двинуться. На основании опыта, навыков и воспоминаний клиенту предлагается дорисовать видение будущего на каждом из путей. В ходе работы клиенту задаются следующие вопросы:

- Когда Вы смотрите на рисунок, что чувствуете? Что думаете?
- Какие мысли о будущем возникают?
- Куда Вы хотите попасть?
- Какие умения, навыки и атрибуты возьмете с собой в дорогу?
- Какие трудности могут возникнуть на пути и как Вы будете с ними справляться?
- Чему нужно будет научиться?

Домашнее задание — дневник питания и чтение копинг-карточки.

На **девятой консультации** работали с отношением к телу с помощью модифицированной арт-техники «Образ тела». Цель упражнения — принятие себя и своего тела, с учетом поставленного диагноза. Клиент изображает, с одной стороны, образ тела без диагноза, с другой — с диагнозом. Далее ему задают ряд вопросов, например:

- Что вы думаете о себе до и после постановки диагноза?
- Как ощущается тело до и после?
- Какой нужно быть до и после?
- Когда смотрите на образ после, что хочется сделать?
- Как диагноз мешает Вам? А как помогает? (с опорой на рисунке)
- Что он дает в целом?

В конце обсуждения клиенту предлагается скорректировать рисунок, объединив два образа в один — как ощущаете себя сейчас?

Десятая консультация состояла из подведения итогов, сбора памятки по самопомощи при увеличении тревоги и обратной связи. Клиент отметил, что психоэмоциональное состояние значительно улучшилось, что она связывает как с посещением консультации психологической, так и в целом со временем, которое ей потребовалось для адаптации с этим.

Отметим также уменьшение ситуаций, в которых женщина прибегала к избеганию. Например, сделал рассылку по знакомым с предложением своих услуг, начала спрашивать состав блюд в ресторанах и пр.

Случай №3.

Е., 29 лет. Женщина. Не замужем, детей нет.

Рост — 161, вес — 57, ИМТ — 22 (норма).

Результаты диагностики и информация о клиенте: по Опроснику пищевых предпочтений (ЕАТ–26) получился средний показатель (12 баллов). Клиент отмечает дискомфорт после употребления сладостей, что связано с их количеством. Особенно в периоды скуки, апатии и стресса. Есть частые мысли о жировых отложениях на теле, что отражено и в Шкале оценки уровня удовлетворенности образом тела. По этому инструменту средний показатель — 43 балла. В целом большую неудовлетворенность вызывают: 5 баллов — живот, 4 балла — грудь, ягодицы, таз, бедро, ступни, кожа.

Образ собственного тела — 21 балл / 8 стейнапов, что говорит нам о

высоком уровне проявления признаков РПП. Клиентка отмечает дискомфорт в социальных ситуациях, когда есть другие люди, по ее мнению, симпатичнее ее; сравнение себя с другими и самокритику. При этом самооценка высокая адекватная. В детстве отец мог сделать замечание на тему внешности; одноклассники в школе подтрунивали над фигурой, хотя вес всегда был в пределах нормы.

Уровни тревоги (-3,53) и депрессии (-5,58) высокие, что указывает нам на наличие тревожного и апатичного состояния.

В 2023 году было диагностировано ГТР и назначено лечение, проходила работа с психологом. Со слов клиента, ежегодно с конца августа до октября тревога усиливается, при этом возникает апатичное состояние, что приводит к снижению качества жизни. Отметим, что в 18 лет был переезд из маленькой деревни в большой город.

Употребляет много сладкого; нет четкого плана питания и режима дня; достаточно критическое отношение к телу, особенно грудь, живот; не имеет постоянного места работы. Стратегии реагирования на стресс — избегание, употребление сладкого в большом количестве, рисование, просмотр сериалов.

Запрос клиента: снизить уровень тревоги; понять причину апатичного состояния и научиться справляться с ним; сформировать более позитивное отношение к себе и своему телу.

Всего было проведено 10 консультаций (7 встреч по 1 часу, 3 сессии по 1,5 часа).

На **первой консультации** проходило обсуждение результатов теста, сбор данных о клиенте и психоинформирование на тему переживания. В связи с высокими показателями тревоги и депрессии клиенту в качестве домашнего задания был дан дневник СМЭР, с целью наработки навыка отслеживать мысли и эмоции. Поэтому вторая часть сессии была посвящена объяснению инструкции задания.

Вторая консультация включала составление режима дня, поскольку на момент встречи клиент отмечал апатичное состояние и тоску. В режим вошли: подъем и отход ко сну в одно и то же время, план трехразового питания, утренняя зарядка; также поведенческая активация — одна прогулка по городу и встреча с подругой. Важно было отследить свои ожидания от встречи до и после по 10-бальной шкале, где 1 — будет плохо, 5 — мне понравилось, 10 — отлично, повторяю.

Домашнее задание — дневник СМЭР.

Третья консультация касалась тревожного состояния. Было проведено ранжирование тех ситуаций и проблем, которые вызывают наибольшее переживание. Ключевые пункты — отсутствие постоянного места работы, нерегулярный заработок, застой в своем деле. Поэтому первый этап — это поиск альтернатив заработка, и составление списка инструментов для развития своего дела. В ходе работы была проведена и работа с убеждениями и когнитивными искажениями, которые усложняли процесс. Для этого использовались такие вопросы, как:

— Как вы думаете, какая мысль подошла бы лучше?

— Какие мысли позволили бы вам отнестись к этой ситуации легче?

— Как вы хотели бы реагировать и какие мысли могли помочь вам в этом?

Отметим эффективность применения метафоры при работе с мотивацией клиента к изменениям — «избегание как желание убежать от бомбы». В этом случае эффективно не убегать, а обезвредить ее.

Домашнее задание — дневник СМЭР и чтение копинг-карточки.

На **четвертой консультации** разобрали ситуацию из дневника СМЭР, связанную с поиском работы. Была выявлена следующая мысль: «Я не хочу делать эту работу, но меня заставляют. Это значит, что у меня нет выбора, я

маленькая и беззащитная». Вопросы, которые использовались:

- Какими мыслями вызваны ваши эмоции?
- Что эта ситуация означает для вас? Или говорит о вас?

При формировании более адаптивной мысли использовался «Когнитивный континуум», где на одной стороне был человек с полной властью, с другой — не обладающий ей. Благодаря данной техники клиенту было продемонстрировано, что в работе есть как правила, которым нужно следовать, так и свобода действий, позволяющая развивать креативность и творчество.

Домашнее задание — дневник СМЭР; поведенческий эксперимент — сходить на 1 собеседование.

На **пятой консультации** для работы со сложностями адаптации использовались сказкотерапевтические инструменты: клиентка сочинила историю, где главная героиня попала в неизвестную ей страну и училась адаптироваться к новым условиям; а затем изобразила это на бумаге. Первый этап — поиск ресурсов, навыков и умений, которые есть уже сейчас, и обучение применять их в текущей ситуации. Для этого использовались следующие вопросы:

- Какие навыки, умения и инструменты вы взяли с собой в новую страну?
- Как их можно использовать в этих реалиях?
- Что из имеющегося в доступе поможет выжить здесь?

После пятой встречи клиенту было изменено домашнее задание — ведение дневника питания.

Шестая консультация — продолжение работы с темой адаптации. Второй этап заключался в снижении страха совершить ошибку и не справиться с ее последствиями. Для этого клиент проигрывал разные варианты сценариев и в каждом находил способы выхода из сложившейся ситуации.

На данном этапе важно было подчеркнуть сильные стороны клиента, сформировать представление о себе «Я справляюсь». Поэтому в ходе работы

использовались следующие вопросы:

- Как вы справились с этой трудностью?
- С какими проблемами вы столкнулись и смогли справиться?
- Какое значение может иметь для вас этот положительный опыт?
- Что эта ситуация/действие говорит о вас?
- Какими внутренними или внешними ресурсами вы пользовались в этот момент/период?
- Как вы себя оценивали в этот момент?
- Как вы смотрели на мир в этот период? и какое вы представляли для себя будущее?

Седьмая консультация была посвящена анализу дневника питания.

Во-первых, клиенту была предложена система трехразового питания — 3 основных приемов пищи и три перекуса, с целью сокращения временных промежутков между приемами, и тем самым снижения риска переедания вечером. Определено также ориентировочное время для завтрака, обеда, ужина и перекусов.

Во-вторых, в ходе анализа записей была обнаружено, что чаще всего клиент употребляет много сладкого в периоды скуки и апатии. Поэтому был подобран список альтернативных действий в такие периоды.

В качестве основного домашнего задания остался дневник питания, дополнительно — отслеживание разрешающих мыслей: «Я сильно устала, мне нужно что-нибудь сладкое», «Мне так жаль себя, порадую тортом».

На **восьмой консультации** было обсуждение этих разрешающих мыслей. На прошедшей неделе они чаще возникали в ситуациях, где клиент сравнивал себя с другими. Особенно острая реакция была касательно показа новой коллекции нижнего женского белья от известного бренда.

Работа шла с убеждением «В 29 лет я должна выглядеть как эти модели в 50. Если это не так, то, значит, я ленивая, никчемная и слабая. Все это говорит о

том, что со мной никто не будет общаться и я останусь одна». В этом случае разрешающая мысль в формате «все или ничего»: «Мне терять уже нечего. Все равно уже так плохо, что одним тортом больше, одним меньше — нет никакой разницы». Для оспаривания этих убеждений использовались следующие вопросы:

— Помогает ли мне это убеждение функционировать и справляться с трудностями или это приводит к нездоровому пищевому поведению?

— Какие существуют доказательства, свидетельствующие о том, что это основное убеждение является ложным?

— Логично ли основное убеждение?

— Если это убеждение логично, то вера в него что позволяет избежать?

Девятая консультация проходила с использованием арт-терапевтической техники «Образ тела». Инструкция была немного изменена: клиент рисовал образ тела метафорически, а затем с помощью наводящих вопросов консультанта находил сильные и слабые стороны образа, эффективные и неэффективные стратегии поведения. В конце образ трансформировался из «кучки грязи» в «маргаритку в поле».

Домашнее задание — дневник питания и чтение копинг-карточки.

Десятая консультация включала в себя подведения итогов, а также обсуждения тех техник и приемов, которые клиенту понравились больше всего. В качестве инструмента самопомощи были выбраны — СМЭР, метафоры и карточка с перечнем когнитивных искажений. Клиент остался в работе дальше.

Отметим сокращение количества сладкого; появление энтузиазма и интереса к жизни; снижение уровня тревоги; повышение уверенности к себе.

Случай №4.

Т., 33 года. Женщина. Замужем, детей нет.

Рост — 169, вес — 56, ИМТ — 19,6 (норма).

Результаты диагностики и информация о клиенте: по Опроснику

пищевых предпочтений (ЕАТ–26) — средний уровень выраженности признаков РПП (19 баллов). Клиентка испытывает переживания — страх, стыд, вину, — по поводу возможности набрать лишний вес, поэтому прибегает к диетам, ведет ежедневный мониторинг съеденных и потраченных в тренажерном зале калорий. На момент обращения не придерживалась каких-либо пищевых ограничений, проводила регулярные тренировки 4 раза в неделю. Переживания касательно лишнего веса связывает с профессиональной деятельностью — фитнес-тренер.

Шкала оценки уровня удовлетворенности образом тела О.А. Скугаревского показала средний уровень выраженности признаков РПП (62 балла), что говорит о наличии неудовлетворенности определенными сегментами. Так, 6 баллов получил живот, 5 — лицо, 4 — челюсть, шея, ягодицы, таз, бедро, колени, нога, ступня, кожа. Со слов клиентки — в 2025 году начала лечение акне, поскольку высыпания доставляли много дискомфорта, в том числе сказывались на самооценке.

Как показал Опросник образа собственного тела, респондент имеет средний уровень удовлетворенности телом (20 баллов / 8 стенойнов.). Отметим два важных для психологической работы фактора: во-первых, профессиональная среда клиентки предполагает частые столкновения с людьми, обладающими «идеальной» фигурой или имеющими хорошо развитые спортивные навыки. В силу чего возникает частое сравнение себя с другими людьми; чувство стыда и вины за то, что «не такая крутая, как они»; желание посоревноваться в достижениях с ними. Во-вторых, присутствует догматичное убеждение, что «только человек с отличной фигурой имеет право быть тренером». Причем под «отличной фигурой» имеется в виду рельефное «сухое» тело, которое присуще бодибилдерам и которое они сохраняют на непродолжительный период, поскольку низкий процент жира опасен для здоровья.

Клиентка имеет среднюю адекватную самооценку.

Уровень тревоги и депрессии низкий (д — 4,2 / т — 3,94), что говорит об

отсутствии тревожного или апатичного состояния.

В целом наблюдается ярко выраженная требовательность к себе по принципу «все или ничего», частые сравнения себя с другими, чувство стыда. Клиентка отмечает страх совершить ошибку и беспокойство по поводу оценки извне. Стратегии реагирования на стресс — избегание (например, какой-то конкретной еды), уход в работу, частые занятия спортом, просмотр социальных сетей.

Запрос клиента: снизить уровень самокритики; поработать со страхом лишнего веса и оценки со стороны.

Всего было проведено 10 консультаций (9 встреч по 1 часу, 1 сессия — 1,5 часа).

Первая консультация состояла из сбора информации о клиенте, включая пищевые привычки и режим дня; составлен план работы; выбрано домашнее задание — дневник СМЭР — и проведено обучение по его выполнению.

Дневник СМЭР выбран с целью повышения навыка отслеживания мыслей и эмоций для дальнейшей работы с ними.

Вторая консультация представляла собой беседу с обратной связью, целью которой было психоинформирование клиента на темы переедания, влияние мыслей на представления о себе и специфику мышления (селективное внимание, когнитивные искажения). Для этого использовалась, например, теория «Красных машин»: если внимание обращено на что-то, то мозг начинает «фильтровать» информацию так, что вы замечаете это гораздо чаще, хотя этого больше не стало.

Повторно было проведено обучение по заполнению дневника СМЭР на примере конкретной ситуации, где обнаружено долженствование «Я должна быть примером для своих клиентов и уметь делать многое».

При проверке домашнего задания было обнаружено, что клиентка фиксировала не мысли, касательно себя в тех или иных ситуациях, а выводы и оценочные суждения на тему этих событий. Поэтому для дальнейшей работы

важно было показать значимость отслеживания убеждений о себе, мире и других; их влияние на отношение к телу, тревогу и уровень самокритики.

Домашнее задание — заполнение дневника СМЭР.

Третья консультация состояла из двух этапов.

Первый этап — разбор ситуации, зафиксированной при выполнении домашнего задания. Клиентка отметила, что ее режим питания не соответствует тем рекомендациям, которые она дает клиентам, в силу чего возникает мысль: «Если я сама не следую своим же рекомендациям, то я плохой тренер и вообще не имею право работать им». Эмоции — страх, стыд, разочарование.

Второй этап — оспаривание данной мысли. С помощью «Пирога ответственности», адаптированного под ситуацию клиента, был составлен портрет фитнес-тренера с учетом его профессиональных компетенций. Для этого сперва были выписаны все компетенции, каждой из них выделено какой-то процент от 100%, и все это визуально оформлено в виде «пирога», где каждый кусочек — отдельный навык.

Затем прошла работа над ценностным уровнем: клиентка пришла к пониманию, что через свой опыт она может понять, с какими сложностями сталкиваются люди, которые переходят на новый режим питания, и тем самым, помочь им на этом этапе. Для этого использовались следующие вопросы:

— Что ценного есть в этом опыте? И как он поможет вам в работе с клиентами?

— Как бы вы ответили коллеге, если бы он описал вам такую же ситуацию?

В качестве домашнего задания был выбран дневник питания.

Четвертая консультация была посвящена обсуждению домашнего задания. Как показал дневник, клиентка часто пропускает обед, между приемами пищи большие перерывы. Такая тенденция связана с тревогой по поводу рабочих задач: «Лучше время на еду я потрачу на рабочие задачи. Так, я вижу, что день

прошёл не зря», «Мне нравится вычеркивать выполненные задачи из списка дел».

Поэтому сперва, три обязательных приема пищи были внесены в список дел на день. Для этого важно было клиенту показать, что еда и отдых — это тоже часть рабочего процесса.

— Как долго автомобиль может ехать без топлива?

— Если ежегодно не проводить ТО автомобиля, то к чему это приведет?

Затем прописаны варианты того, как и где можно поесть: приготовить дома, заказать доставку, сходить в ближайший супермаркет.

В качестве домашнего задания остался дневник питания, а также соблюдение режима питания.

На пятой консультации обсудили результаты эксперимента: клиентка стала пользоваться доставкой еды на обед; у нее прошло чувство тошноты днем; начала чаще ощущать голод. С учетом полученных данных, в режим питания были добавлены два перекуса.

Далее на примере конкретной ситуации, после которой клиентка решила добавить одну тренировку в неделю, с помощью техники «Падающая стрела» было выявлено глубинное убеждение: «Если я не обладаю такими же умениями, как эти гимнастки, значит, я плохой тренер. Если это так, то клиенты перестанут ко мне ходить, а коллеги не будут воспринимать как своего. И тогда я останусь одна, без денег к существованию и поддержки профессионального окружения. И это говорит о том, что я никчёмная, дефектная».

Для работы с этим убеждением использовались следующие вопросы:

— Известны ли вам ситуации, когда от фитнес-тренера отказывались клиенты и коллеги, потому что он не такой гибкий, как гимнастки?

— Как много клиентов проверяют вашу гибкость, перед тем как записаться к вам? На что они на самом деле обращают внимание при выборе специалиста?

— Есть ли в вашем окружении коллеги, которых вы уважаете? Они

обладают такой же гибкостью, как и гимнасты?

— Какие у вас есть сильные профессиональные навыки?

Домашнее задание состояло из дневника питания и составления перечня тех качеств, которыми обладает профессиональный фитнес-тренер.

Шестая консультация началась с обсуждения домашнего задания — образ идеального фитнес-тренера. Определили завышенные требования к себе с помощью шкалирования, где 100% — идеальный образ, 0% — худший вариант. Затем клиентка размещала по этой шкале тех специалистов, которые являлись для него авторитетом, и себя. Благодаря такой работе стало очевидно, что созданный образ нежизнеспособен.

Затем формулировали портрет фитнес-тренера с опорой на реальность, где учитывались навыки клиентки и ее опыт.

Домашнее задание — дневник питания.

Седьмая консультация была посвящена разбору когнитивных искажений, которые влияют на отношения к себе. На примере тех ситуаций, которые клиентка вносила в дневник питания, мы рассмотрели наиболее характерные для нее.

Для этого сперва был предоставлен список когнитивных искажений — названия, описание. Затем краткое знакомство с каждым из них, далее — поиск когнитивных искажений в ситуациях клиентки и работа с ними.

Были выделены: — ментальный фильтр, навешивание ярлыков, черно-белое мышление; катастрофизация; чтение мыслей. Для работы с ними использовались оспаривание, поиск вариантов, формулирование аргументов «за» и «против», когнитивный континуум, эксперименты, например, клиентке было предложено угадать, какое число загадал консультант.

На седьмой консультации завершили заполнение дневника питания.

На **восьмой консультации** была проведена арт-техника, посвященная объединению образов «Я—реальный» и «Я—идеальный». Для это клиенту было

предложено на одном листе А4 нарисовать, с одной стороны, образ «идеального Я», с другой — реального. Затем с помощью наводящих вопросов проходило обсуждение рисунков:

- Как бы вы описали первый и второй рисунок?
- Какими качествами и навыками обладает первый и второй образы?
- что из перечисленного у вас уже есть?
- Какие бы навыки и умения первого пригодилось бы вам?
- Чего именно не хватает второму образу и как он может это получить?

В ходе обсуждения клиентка поняла, что обладает достаточными навыками и умениями; определила свои сильные и слабые стороны; нашла варианты работы с дефицитами. Итогом работы стал единый образ «Я».

Девятая консультация была посвящена теме стыда. Первый этап состоял в обсуждении того, как сравнения себя с другими влияет на наше самовосприятие, и почему это неэффективная стратегия для мотивации.

На примере конкретной ситуации был показан этот механизм. Клиентка сравнивала свое тело с телом коллеги — мысль: «Если у меня не такого рельефа, то я некомпетентна». Поведение — решила сесть на сушку и увеличить вес на тренажерах.

Далее рассмотрели варианты развития событий, каждый оценили с позиции «как это поможет мне в работе и приблизит к цели?».

Второй этап — формирование причинно-следственных связей на примере метафоры про стоматолога:

У человека заболел зуб, он выпил обезболивающее.

- Ему помогло?
- Как долго он будет чувствовать себя хорошо?
- Он решил причину или убрал симптом?

Человек пришел к стоматологу и лечил кариес, из-за которого зуб и болел. Но через год вернулся с такой же проблемой.

— Почему?

— Что является причиной кариеса?

— И как тогда устранить эту причину?

Третий этап — составление списка инструментов по работе с причиной стыда. Здесь были зафиксированы: выявление мыслей и их оспаривание. Вспомогательные вопросы:

— Что я думала в тот момент о себе? Что чувствовала?

Десятая консультация включала подведение итогов, обсуждение списка литературы по теме (по просьбе клиента), составления плана самопомощи, а также обсуждение тех инструментов, которые клиент может применять самостоятельно, для поддержания полученных результатов.

После проведения 10 встреч наблюдается снижение уровня самокритики, например, клиент стал чаще подмечать свои сильные стороны; появилось больше уверенности в себе и в своих профессиональных компетенциях; сократилось количество времени в соцсетях.

Случай №5.

А., 25 лет. Женщина. Не замужем, детей нет.

Рост — 167, вес — 79, ИМТ — 23,8 (избыточная масса тела).

Результаты диагностики и информация о клиенте: Опросник пищевых предпочтений (ЕАТ–26) — высокий показатель (25), что говорит о ярко выраженных дисфункциональных пищевых паттернах. С 15 лет клиентка использует диеты, три раза худела на 10–15 килограммов, но вес возвращался. С ее слов, сейчас самый большой вес за всю историю. Мысли о еде и лишних килограммах отмечает ежедневно. На момент обращения придерживалась 1800 ккал, дважды в неделю тренировки.

По Шкале оценки уровня удовлетворенности образом тела — средний показатель (53 балла). Большую неудовлетворенность вызывают: 6 баллов — кожа, 5 баллов — живот, руки, ягодицы, бедра, волосы, 4 балла — колени,

ноги.

Образ собственного тела показал высокий уровень выраженности признаков РПП (27 баллов / 9 стенойнов): избегает смотреть на себя в зеркале; сравнивает себя с другими; негативно мыслит в отношении своего образа тела; видит только те аспекты, которые нужно изменять; беспокоится о лишнем весе. Отметим, что с 5 до 10 лет старшие братья подтрунивали над ее весом, не принимали в свои игры.

Самооценка средняя адекватная, что говорит о понимании и принятии своих сильных и слабых сторон.

Уровень тревоги и депрессии — высокий (депрессия –10,19), (тревога –5,13). На момент обращения клиентка отметила ярко выраженную прокрастинацию: несмотря на обилие рабочих задач, к их выполнению не подходила, выбирая просмотр соцсетей. Все это усугубляло самокритику и негативное отношение к себе. На прошлом месте работы был сильный стресс — боялась наказания за ошибку, пугалась крика начальника. Сейчас ситуация отличалась, однако страх остался. Работа — фриланс, программирование, занимается оптимизацией процессов на производственных станках.

Основные стратегии реагирования на стресс — избегание (в том числе прокрастинация), руминация, листание социальных сетей.

Запрос клиента: понять, как закрепить результат похудения и не срываться; научиться справляться с тревогой и стрессом; принять тело и сократить количество самокритики.

Всего было проведено 10 консультаций (8 встреч по 1 часу, 2 по 1,5 часа).

На **первой консультации** был проведен сбор анамнеза, обсуждение результатов тестов. Формирование плана работы, выбор домашнего задания и инструктаж по его выполнению.

В качестве последнего — дневник питания.

Вторая консультация касалась темы работы, поскольку большое

количество невыполненных задач и страх наказания за них усиливали тревожное состояние клиента.

Сперва выявили стратегию избегания: каждый раз перед тем, как сесть за работу, клиентка ощущает тревогу, в силу чего, фокус с решения задач смещается на социальные сети. Поэтому в течение рабочего дня было сделано мало, как правило, мелкие поручения, либо не сделано ничего. Однако в ситуациях дедлайна клиентка восполняет весь объем задач.

С помощью СМЭР определили дисфункциональные убеждения, которые возникают перед тем, как сесть за работу: «Я не справляюсь с задачами, это говорит о том, что я плохой работник. Если это так, меня могут уволить по статье. Для меня это будет означать, что я не стала тем, кем хотела, все упустила»; «Если меня уволят по статье, то это точно будет означать, что со мной что-то не так, я дефектная».

Далее были выявлены когнитивные искажения, и проведено оспаривание:

- Основана ли эта мысль на фактах и опыте?
- Когда в последний раз вам делали выговор за невыполненные задачи?
- Существует ли на самом деле какая-то связь между вашими рабочими задачами и вашими представлениями о себе в целом?
- Какую выгоду дает это убеждение?

В качестве домашнего задания, включая дневник питания, был выбран эксперимент: в течение недели попробовать разные техники тайм-менеджмента. Например, метод «Томата», «Съесть слона по кусочку», «Съесть лягушку».

На **третьей консультации** провели разбор дневника питания. Были обнаружены: а) большие промежутки между приемами пищи. Например, между обедом и ужином могло проходить 5–6 часов без перекусов; б) отсутствие регулярного режима питания. Так, в дни сильной загруженности по работе 1–2 приема пищи, в дни отдыха 5–6.

Поэтому сперва поработали над режимом питания — определили три

приема основных и два дополнительных; установили для каждого временные ориентиры. Затем составили список вариантов быстрых и легких рецептов для тех дней, когда много работы: заготовки, доставка, полезные снеки в запасе.

Домашнее задание — дневник питания.

Четвертая консультация проходила в формате арт-терапии. Здесь продолжали работа над профессиональной темой, а именно прорабатывали негативный опыт с прошлого места работы.

Для этого клиентка изобразила себя в виде двух образов — в прошлом и в настоящем. Определила сильные и слабые стороны каждого образа, описала их видение будущего и отношение к себе. Далее поместила их в ту ситуацию и проигрывала разные варианты для того, чтобы найти альтернативы, варианты.

Вспомогательные вопросы:

- Что вы думаете о себе?
- Какие мысли о будущем? Как будете выживать?
- Что тогда будете делать / чего избегать?
- Что нужно терпеть?
- Если не захотите тут работать, то как будете уходить?
- Если уйдете, то что произойдет?

После обсуждения клиентка трансформировала каждый образ.

Домашнее задание — дневник питания.

На **пятой консультации** работали с изменением поведения. Просмотр социальных сетей занимает большую часть времени, что негативно сказывается как на профессиональную сферу, так и на самооценку. Поскольку это ведущая и доступная стратегия справляться со стрессом поработали над мотивацией к изменениям. Для этого использовали метод «Мотивационное собеседование», которое включает следующие вопросы:

- Что ты хотел изменить в своей жизни?
- Какие вещи, по вашему мнению, заставляют вас неохотно вносить такие

изменения?

— Чтобы вы хотели изменить в себе?

— Каковы были бы три лучшие причины для этого изменения?

— Что делает это изменение действительно важным для вас? Почему это может иметь значение?

— Если бы вы сделали это изменение, как бы вы это сделали?

— Итак, учитывая все это, как вы думаете, что будете делать?

В ходе обсуждения клиенту были рекомендованы техники формированию более осознанного использования соцсетей, например, «4 шага», установка лимита; проведено знакомство с книгой «Атомные привычки. Как приобрести хорошие привычки и избавиться от плохих» автора Джеймса Клира и методами в ней.

В качестве домашнего задания, помимо дневника питания, был сформирован поведенческий эксперимент — лимит на использование соцсетей не более 3-х часов в день.

На **шестой консультации** работали над темой самооценки на примере конкретной ситуации. В соцсетях активно рассказывали о прошедшем показе новой коллекции известного бренда женского белья, в котором участие приняли модели разных возрастов. При просмотре фото с этого мероприятия отмечала сильный стыд и тревогу. Мысли в этот момент: «Если бы я тогда не сорвалась, то сейчас могла бы иметь такую же фигуру и хорошую жизнь. Я слабая, неудачница»; «По ним видно, как они счастливы. Если я похудею, то у меня может быть также. Иначе моя жизнь будет серой и неинтересной».

Первым этапом работы стал поиск и анализ когнитивных искажений. Выделили черно-белое мышление, катастрофизацию, чтение мыслей, додумывание, навешивание ярлыков. Важно было показать, как эти ошибки мышления влияют на восприятия себя, мира и других.

Второй этап — работа с пониманием, что личность не определяется по

одному качеству, например, красивая внешность. Под эту задачу было адаптировано «Колесо жизненного баланса», где каждый сектор — какая-то часть личности. Вспомогательные вопросы и метафоры:

— Как бы Вы объяснили фразу «Не клади все яйца в одну корзину» в контексте самооценки?

— Сможете ли вы сейчас угадать, какое число от 1 до 10 я загадала?

— Может ли охарактеризовать человека по одному качеству?

— Всегда ли стройная фигура — залог счастливой жизни? Приведите примеры «за» и «против» из реальной жизни.

Третий этап — формулирование адаптивных мыслей и выбор домашнего задания (дневник питания, чтение копинг-карточек).

Седьмая консультация проходила в формате арт-терапии. В продолжении темы с шестой встречи клиентке была предложена техника «Образ тела». Цель — найти позитивные аспекты тела не только с эстетической точки зрения, но и с функциональной.

С помощью красок клиентка изобразила на листе А1 свое тело во весь рост. Затем, с помощью вопросов консультанта, она анализировала полученное изображение.

— Что вы чувствуете, глядя на рисунок? Какие мысли приходят?

— Какие части тела нравятся и почему?

— Какие не нравятся и почему?

— По какой причине эти части такие? Что важного в этом?

После анализа рисунка была использована техника «Доведения до абсурда», когда клиентке предложили гиперболизировать те недостатки, что она

отметила.

— Если они такие, то что меняется?

— Если они будут такими, что произойдет самое хорошее, самое плохое?

— Как сейчас воспринимаются эти части?

— Что в них изменилось?

В заключение рисунок трансформировался с учетом тех изменений, что отметила клиентка (цвет, форма, размер).

Домашнее задание — дневник питания.

На **восьмой консультации** вернулись к проверке домашнего задания. Было обнаружено, что у клиентки есть запреты на определенные продукты. В ситуациях переедания именно они и употребляются. Поэтому эта встреча была посвящена поведенческому эксперименту.

Во-первых, мы составили список продуктов, которые вызывают страх. Например, выпечка, сладкая газировка, колбасы и пр.

Во-вторых, выявлены негативные убеждения касательно их: «Если я съем булку, то тут же поправлюсь»; «От газировки я отеку и буду казаться толще, чем есть».

В-третьих, составлен план действия для опровержения этих убеждений. В качестве домашнего задания клиентке нужно было купить любимую булочку и, приятно домой, съесть ее. При этом зафиксировать свой вес до еды, сразу после и через 3 часа. Данные зафиксировать.

Цель эксперимента — наглядно продемонстрировать ложность убеждений о том, как набирается вес.

На **девятой консультации** обсудили результаты эксперимента, назначенного на восьмой встрече. Клиентка отметила снижение веры в мысль, что может быстро набрать вес, съев одну булочку.

Затем было составлено «Колесо жизненного баланса» для того, чтобы показать клиенту, как удовлетворенность той или иной сферой влияют на

пищевые привычки. В ходе обсуждения выявили одну сферу, работая над которой клиент может улучшить и другие. Затем составили план по ее улучшению: составили цель по SMART; прописали первые шаги и обозначили дедлайны.

Десятая консультация включала в себя подведение итогов и получение обратной связи. Клиентка отметила снижение уровня тревоги, повышение уверенности в себе, а также более позитивное отношение к еде.

В конце составили план самопомощи при тревоге и прокрастинации. Отметим, что клиент остался в работе.

Случай №6.

И., 32 года. Женщина. Не замужем, детей нет.

Рост — 170, вес — 65, ИМТ — 22,5 (норма).

Результаты диагностики и информация о клиенте: полученные данные по Опроснику пищевых предпочтений (ЕАТ–26) соответствуют среднему уровню проявления признаков РПП (19 баллов). Отмечаются частые мысли о еде и похудении, беспокойство о лишнем весе. Со слов клиентки ключевая проблематика в употреблении большого количества сладкого и кофе (2–3 кружки свежесваренного).

По Шкале оценки уровня удовлетворенности образом тела О.А. Скугаревского средний уровень (36 баллов). Больше неудовлетворенности вызывают живот, бедро, ноги, кожа — по 4 балла.

Опросник образа собственного тела — 27 баллов / 9 стенойнов, или высокий уровень проявления признаков РПП. Испытывает сильный социальный дискомфорт в обществе; избегает ситуаций, где есть риск, что другие увидят тело; отмечает, что не любит свое тело и часто сравнивает себя с другими.

Самооценка низкая адекватная, что, с одной стороны, связано с выраженной самокритикой и занижением своих достоинств, например, «я как

ребенок», «я не могу с этим справиться»; с другой — о тревожном состоянии.

По уровню выраженности тревоги (–8,08) и депрессии (–11,52) высокий показатель. Четыре года назад клиентка взяла ипотеку, что стало для нее очень тревожным событием. Она обозначает это как «пришлось повзрослеть». Поэтому страх потерять заработок и любые финансовые изменения вызвали сильную тревогу и чувство беспомощности.

В ходе работы наблюдались: генерализованная тревожность, рассеянное внимание, забывчивость, нелогичность повествования, задумчивость, сложности с пониманием метафор и аналогий; трудности с выявлением и называнием эмоций; отсутствие домашних заданий. Режим сна регулярный, однако есть частые ночные подъемы. Была дана рекомендация обратиться к психиатру.

Стратегии реагирования на стресс — избегание (например, ход в другую комнату, вместо разговора), переедание, курение, рационализация, магическое мышление.

Запрос клиента: сократить количество сладкого; понять причину тревоги и снизить ее уровень.

Всего было проведено 10 консультаций по 1 часу.

На **первой консультации** провели сбор анамнеза клиента, познакомили с данными по тестам. В силу высокого уровня тревоги и депрессии большую часть времени посвятили инструкции по заполнению дневника СМЭР. Отметим, что клиенту тяжело было выдерживать фокус внимания, выявлять мысли и определять эмоции.

Домашнее задание — дневник СМЭР.

Вторая консультация была посвящена двум аспектам. Первый — это информирование на тему обращения к психиатру, поскольку, со слов клиента, тревожное состояние длится последние несколько лет.

Второй — работа с конкретной ситуацией по СМЭР. Здесь важно было еще раз обучить клиента техники заполнения, выявить дисфункциональные

убеждения, определить когнитивные искажения. Для этого использовались следующие вопросы:

— О чем вы думали в тот момент?

— Возможно, вы думали о том, что вам спокойно сейчас или весело?

— Может быть, вы представляли что-нибудь, что могло произойти, или вспоминали о чем-то, что произошло ранее?

— Что эта ситуация значит для вас?

На примере выявленных убеждений были выявлены и показаны клиенту ведущие когнитивные искажения — катастрофизация, черно-белое мышление.

Домашнее задание — дневник СМЭР.

Третья консультация касалась составления режима питания, обучения техникам саморегуляции.

В ходе беседы было выявлено, что клиентка регулярно пропускает обед. Поэтому в план вошли: три основных приема пищи и два перекуса. Для профилактики пропусков клиентка поставила напоминания на телефоне для каждого пункта.

Далее было проведено обучение следующим техникам саморегуляции:

— дыхание квадратом: вдох, задержка дыхания, выдох и задержка дыхания. Каждое действие на 4 счета.

— 1 2 3 4 5: остановиться и в моменте перечислить 5 предметов, 4 цвета, 3 звука, 2 ощущения в теле, 1 запах.

В качестве домашнего задания на неделю: а) СМЭР; б) следование режиму.

Четвертая консультация состояла из выявления триггеров, убеждений, которые вызывают беспокойство. Клиент не выполнил домашнее задание (СМЭР), в силу чего было принято решение определить страхи на консультации. Ранжирование не дало результатов, поскольку возникли сложности с определением уровня тревоги в тех или иных ситуациях. Поэтому была

использована следующая схема:

1 этап. Запишите три ситуации, в которых вы испытали беспокойство за последнюю неделю.

2 этап. Что именно вас беспокоило?

3 этап. К каждому зафиксированному беспокойству задайте следующие вопросы:

— Что это беспокойство говорит о моих ценностях или обо мне?

— Если бы я об этом не беспокоился, чтобы это сказало обо мне?

— Какую пользу я получаю от этого беспокойства?

— Боюсь ли я, что может случиться что-то плохое, если я не буду волноваться об этом?

Все выявленные убеждения были зафиксированы для дальнейшей работы. На их примере также были показаны когнитивные искажения и их особенности.

В конце клиенту был предложен в качестве варианта домашнего задания — дневник питания, вместо СМЭР.

Пятая консультация — разбор двух из убеждений, выделенных на четвертой встрече:

1 убеждение — «Если клиент не подпишет договор, то это будет мой косяк, моя вина». Здесь был использован «Пирог ответственности», где: сперва выявлены все возможные причины отказа клиента; затем каждой установлен % от 100%; и визуально оформлено в «пирог» для наглядности.

Важно было показать, что ответственность за заключение договора не на 100% лежит на клиентке.

2 убеждение — «Я не знаю, как заключить новый договор. Если не сделаю этого, то останусь без денег». Сперва была собрана дополнительная информация о ситуации:

— Так ли это? Или у вас есть оклад, сбережения, возможность перезанять?

Далее составлен план того, что клиентка может сделать с опорой на опыт,

в случае отказа заключать договор.

- Сталкивались ли вы на работе с похожими ситуациями?
- Как действовали в них?
- Есть ли в компании инструкция на этот счет?

Поскольку клиент систематически не выполнял домашнее задание, было принято решение его убрать и сфокусироваться на причинах тревоги.

На **шестой консультации** продолжили разбор убеждений, выявленных на четвертой сессии. «Заключение контракта было в моих интересах, но я это потеряла, хотя могла бы и лучше». В качестве инструмента работы было выбрано оспаривание:

- Насколько правдиво это представление?
- Сколько усилий вы приложили для этой задачи? О вас это что говорит?
- О чем говорит опыт других людей?
- Почему нелогично говорить, что вы это потеряли?
- Можно ли доказать истинность этой мысли?
- Что вам дает это верование?
- Является ли оно гибким?

Далее была выписана последовательность действий, которые клиент совершает при заключении сделки. Цель — проиллюстрировать реальный объем работы, закрепить мысль о том, что причин для отказа может быть много.

Седьмая консультация включала в себя разбор конкретной ситуации, в ходе которого было проиллюстрировано влияние тревоги на риск возникновения переедания.

Первый этап — заполнение СМЭР, где основными блоками работы стали мысли, эмоции и поведение. На этом примере клиент увидел, как работают тревожные и разрешающие мысли. Вопросы, которые помогли в работе:

- О чем вы думали или что представляли в этой ситуации?
- Как вы считаете, ваша реакция была вызвана ситуацией или тем, что вы

думали в тот момент?

—О чем вы бы могли думать в момент переживания?

Следующий этап — составление плана действий, который способствовал бы прерыванию цикла «тревога — срыв». В план вошли: а) техники саморегуляции с третьей консультации, и рекомендации по их использованию (применить технику перед тем, как съесть что-то в состоянии тревоги); б) альтернативные еще варианты, например, звонок подруге, прогулка, потанцевать в течение 10–15 минут.

Третий этап — работа с убеждениями с помощью оспаривания: «У бывшего молодого человека появилась девушка, значит, больше к нему за помощью не обратиться. Придется все брать в свои руки, а это дискомфортно для меня», «Я не буду получать от него внимания и комплиментов. Для меня это значит, что я никому не интересна».

Восьмая встреча касалась вопроса посещения психиатра. В ходе консультаций клиенту дополнительно были предложены два теста для отслеживания динамики состояния — Шкалы тревоги и депрессии А. Бэка. Показатели уровня депрессии варьировались от 17 до 11 баллов (умеренная депрессия), тревоги — от 5 до 8 (норма). Однако общий эмоциональный фон клиента и его субъективная оценка самочувствия содержали явные признаки беспокойства, что могло говорить о таком перманентном состоянии, когда тревогу уже сложно различать.

Поэтому была предложена таблица поиска преимуществ и недостатков преодоления тревоги, с целью мотивировать клиента обратиться к психиатру.

Таблица 3. — Техника поиска преимуществ и недостатков

	Теряю	Приобретаю
Преимущества		
Недостатки		

Девятая консультация была посвящена разбору когнитивных искажений, которые влияют на уровень тревоги. Работа началась с обсуждения перечня самых распространенных ошибок мышления. Затем были отобраны те, что клиентка отмечает у себя чаще все: они были записаны на отдельный листок в формате «ситуация — мысль — когнитивное искажение».

Затем каждая запись была проанализирована по следующему принципу:

- Какие есть доказательства, что эта мысль верна?
- Какие есть доказательства, что эта мысль не верна ли частично не верна?
- Соответствует ли эта мысль реальности, факту и опыту?
- Какая бы мысль помогла в этой ситуации?

Десятая консультация проходила в формате арт-терапии, где клиенту была предложена техника «Создание безопасного пространства».

Задача вспомнить место, где было максимально комфортно и безопасно; либо придумать такое. Затем изобразить его на бумаге, стараясь в ходе работы прочувствовать и сенсорные параметры — свет, звуки, запахи, температура. Далее необходимо представить себя в этом месте и рассмотреть его:

- Представьте, что вы там. Вы идете, стоите, сидите?
- Где вы точно находитесь на этой картине?
- Какая погода вокруг? Время суток?
- Опишите, что вы ощущаете, слышите? Какие запахи витают в воздухе?
- В каких ситуациях вам было бы полезно посещать это место?
- Как бы вы могли это делать? Чтобы помогло в этом, ритуал, слова, действия?

В конце клиент записал слова, которые помогли бы ему в будущем возвращаться в это место.

В конце встречи подвели итоги, получили обратную связь и формировали плана самопомощи в тревожных ситуациях. В него вошли как техники, так и режим дня, питания. Клиентка отметила, что для нее эти встречи были полезны в

первую очередь тем, что она поняла причины тревоги, смогла найти инструменты по ее снижению.

Случай №7.

М., 27 лет. Женщина. Не замужем, детей нет.

Рост — 161, вес — 56, ИМТ — 21,6 (норма).

Результаты диагностики и информация о клиенте: Опросник пищевых предпочтений (ЕАТ-26) составил 27 баллов, что говорит о высоком уровне проявления признаков РПП. Отмечаются, частые мысли о похудании, еде и страх набрать вес. Клиентка в тесте отметила, что «Никогда» не использует диеты, однако в ходе обсуждения выяснилось, что на момент обращения сидела на так называемой разгрузке — две недели употребляются только жидкие продукты (соки, смузи, кефир, крем-супы, вода). На протяжении жизни дважды худела на 18–12 килограммов, в том числе с помощью диет (подсчет калорий, последний прием пищи в 18:00). Полученные данные демонстрируют искаженное понимание диеты и принципов ее воздействия.

Шкала оценки уровня удовлетворенности образом тела О.А. Скугаревского показала среднее значение (63 балла). Отрицательно были оценены следующие сегменты: 6 баллов — спина, бедро, колени, ноги; 4 балла — грудная клетка, грудь, руки и кожа. Клиентка отмечает, что в моменты переедания возникает ощущение, что отдельные части (живот, бедра, руки) тут же становятся больше.

По Опроснику образа собственного тела был получен следующий результат — 34 баллов / 9 стенойнов, что говорит о высоком уровне проявления признаков РПП. Так, клиентка отмечает сильный дискомфорт при внимании к ней окружающих и в ситуациях, где есть возможность показать тело (например, бассейн, примерка одежды); частые уничижительные мысли в отношении своей внешности; сравнение себя с другими. При этом самооценка средняя адекватная — позитивно оценивает свои личностные качества, умения и навыки.

Уровень тревоги (–10,49) и депрессии (–8,31) высокий. Была дана

рекомендация обратиться к психиатру. Клиентка связывает это с работой вахтовым методом, где полгода она находится в отдаленном маленьком населенном пункте, полгода — живет в большом городе. В первом случае вся ежедневная деятельность состоит из рабочих задач и редких прогулок при условии хорошей погоды. Во втором — праздное времяпрепровождение, где недолгий период отдыха и развлечений сменяется скукой и однообразием. Такой контраст сильно сказывается на психоэмоциональном состоянии: возникают мысли о самореализации, перспективах, ценности этой работы.

Есть сложности со сном: трудно засыпать, частые ночные пробуждения (2–3 раза за ночь). Стратегии реагирования на стресс — избегание (например, сложного разговора), переедание, жевание (это могут быть частые перекусы или долгое жевание жвачки), занятие уборкой.

Запрос клиента: сократить количество перекусов и срывов; снизить уровень самокритики; принятие тела.

Всего было проведено 10 консультаций (9 встреч по 1 часу, 1 сессия — 1,5 часа).

Первая консультация включала сбор информации о клиенте (режим дня в городе и на вахте, пищевые привычки, увлечения, хобби), обсуждение результатов теста, планирование работы и инструкция по выполнению задания. Клиенту также было предложено обратиться к психиатру по возвращению в город, с целью нормализации сна.

В качестве домашнего задания был дан дневник СМЭР.

Вторая консультация касалась психоинформирования на тему причин переедания, в частности, влияние диет и высокого уровня тревоги на это; было сформулировано определение здорового питания и показаны его отличия от ограничительного.

Далее рассмотрели причины, в силу которых есть сложности с засыпанием. Во-первых, составили план активностей не неделю, поскольку очень мало

физических упражнений. Сюда вошли прогулка и одна легкая тренировка. Во-вторых, определили мысли, которые возникают перед сном, и на их примере показаны когнитивные мысли (катастрофизация, свехобобщение). В-третьих, были предложены дыхательные техники для релаксации.

Домашнее задание — дневник СМЭР.

Третья консультация началась с проверки домашнего задания. Клиентка отметила, что в дни высокой физической активности засыпала быстро, однако ночные пробуждения сохранились. Запланировали на неделю две прогулки и одну легкую тренировку. Отметим, что физическая активность использовалась также в качестве поведенческой активации, поскольку клиентка была на вахте и вся деятельность состояла из рабочих задач.

Далее приступили к разбору ситуаций из дневника СМЭР, в ходе которого было выявлено дисфункциональное убеждение и определены ведущие когнитивные искажения: «Если мне пишут, то значит они хотят конфликта, чтобы поссориться и унизить меня. Я не смогу себя защитить, справиться с этим, потому что беспомощная и слабая». Для определения данного убеждения использовались следующие вопросы:

- Что эта ситуация значит для вас?
- К чему это может привести?
- Если это будет так, то что тогда?
- Какая вы тогда, если это так?

В ходе работы клиент сформулировал новое убеждение и записал его в копинг-карточку: «Есть много причин, почему мне пишут. Однако даже если это с целью конфликта, я могу с этим справиться, ведь уже не раз справилась с такими ситуациями».

В качестве домашнего задания были выбраны — дневник СМЭР и чтение копинг-карточек.

На **четвертой консультации** шла работы с дисфункциональными

убеждениями относительно питания. Клиентка продолжала придерживаться ограничительного пищевого поведения, что усиливало веру в эти убеждения, также сказывалось на физическом состоянии (на работе возникла ситуация, требующая выполнения большого количества задач, однако сильная слабость мешала качественно их выполнять).

На примере когнитивного континуума была показана разница между диетами, «срывами» и нормальным пищевым поведением, а именно:

— С одной стороны, диеты, которые дают готовый план питания и регулируют пищевое поведение, что, в свою очередь, приводит к потере контакта с собственными физиологическими ощущениями (голод, насыщение). Доверие в этом случае не к телу, а к правилам диеты.

— С другой, «срыв», или переедание, где отсутствуют вообще какие-либо правила и ограничения. На примере метафоры с задержкой дыхания было показано, как это работает.

— Между этими полюсами нормальное пищевое поведение, суть которого в доверии к своим физиологическим ощущениям, то есть процесс питания контролируется телом, а не диетой.

В качестве домашнего задания нужно было составить список продуктов, которые вызывают страх.

Пятая консультация состояла из двух частей. Первая — работа с беспокойством, касательно обращения к психиатру, с помощью психоинформирования. Здесь было выявлена дисфункциональная мысль: «Если мне нужен психиатр, то значит, я больная, дефектная».

Вторая — подготовка к поведенческому эксперименту. Проанализировав список продуктов, которые клиент избегает, было составлено задание включить один из этих продуктов в рацион и отследить изменения в весе. Клиентка отметила тревогу, связанную с этой задачей, поэтому было проведено оспаривание тех мыслей, что пугали. Эффективным инструментом в этом случае

стала метафора «Свитера»:

«Диету можно сравнить со свитером. Когда вы впервые его надеваете, то почувствуете комфорт, безопасность и тепло. Вы знаете, что делать (как именно надевать и носить его); и даже чувствуете и видите результат. К сожалению, со временем свитер начинает колоться, раздражая кожу. И тут вы встаете перед выбором: снять его и замерзнуть, либо терпеть зуд, но сохранить тепло.

Вы выбираете терпеть. И это может говорить нам о трех вещах: первая — нет понимания, а как еще можно это тепло получить, а вместе с ним и чувство безопасности; второе — есть опасения касательно внешнего мира, что там очень холодно и небезопасно. Но так ли это на самом деле?; и третье — вы забыли один важный факт о вашем теле. Тело умеет адаптироваться под окружающий мир. Как долго вам будет холодно?».

Домашнее задание — дневник СМЭР и эксперимент.

На **шестой консультации** обсудили результаты эксперимента и составили распорядок дня, поскольку клиентка вернулась в город.

Эксперимент показал, что резкого скачка в весе не происходит от употребления конкретных продуктов. Однако возникло желание есть их в большем количестве, что вызвало тревогу. Поэтому сперва нужно было нормализовать состояние, с целью чего использовалась метафора задержки дыхания; а затем проведено психоинформирование на тему причин переедания, в частности, жесткие ограничения в еде и большие промежутки между приемами пищи.

Далее было выбрано новое домашнее задание — ведение дневника питания. И составлен примерный план на день, куда вошли: подъем и отход ко сну в одно и то же время, три приема пищи, физические упражнения (зарядка, прогулка) и встреча с подругой на неделе.

Седьмая консультация касалась разбора дневника питания. Были обнаружены большие промежутки между приемами пищи (5–7 часов), пропуск

питания; в вечернее время, как правило, съедалось больше всего еды.

Поэтому, во-первых, разработали план питания (три приема пищи и два перекуса), заранее обсудив из чего он может состоять. В него вошли и продукты, которые клиентка вносила в список. Во-вторых, провели работу над мотивационной частью. Для этого использовался «Мотивационный квадрат».

Таблица 4. — Техника «Мотивационный квадрат»

	Плюсы	Минусы
Изменения		
Без изменений		

Благодаря этому упражнению были выявлены дисфункциональные убеждения касательно еды и тепла и составлен список функциональных.

Восьмая консультация началась с проверки домашнего задания — следование режиму питания. Клиентка отметила усиление чувства голода в течение дня (важно: тревожных ситуаций не возникало, меню сбалансированное, употребление лекарственных средств еще не начала). Однако с учетом того, что ограничительное пищевое поведение, которому она следовала до этого, предполагало долгое «выдерживание голода», что могло исказить его восприятие; мы пришли к выводу, что произошло не усиление, а столкновение с естественным физиологическим ощущением. Поэтому к дневнику питания были добавлены следующие шкалы:

- 1) голод: 1 — сыта, 5 — легкий голод, 10 — изнуряющий голод.
- 2) насыщение: 1 — легкая сытость, 5 — сыта, 10 — чувство тяжести.

Далее, с опорой на те убеждения, которые были выявлены на седьмой встрече, начали работу над тревожными мыслями, определили когнитивные искажения, провели оспаривание.

Девятая консультация проходила с использованием арт-техники «Образ тела», с целью сформировать позитивное отношение к себе и телу. Для этого

клиентка изобразила себя на бумаге; а затем проанализировала рисунок, с опорой на следующие вопросы:

- Какие части тела вам нравится больше всего и почему?
- Как они помогают вам добиваться целей, получать удовольствие от жизни?
- Какие части тела вам не нравится больше всего и почему?
- Как они помогают вам добиваться целей, получать удовольствие от жизни?

Задача состояла в том, что клиентка увидела не только дефициты, но и сильные стороны. После обсуждения рисунок был трансформирован.

На **десятой консультации** подвели итоги работы и составили план самопомощи при повышении тревоги и возникновении частых перекусов, например, отслеживание мыслей в этот момент и их оспаривание, определение когнитивных искажений.

Клиентка начала прием препаратов, что также способствовало стабилизации ее состояния. Она отметила сокращение неожиданных мыслей о себе, повышение уверенности. Работу продолжили.

Случай №8.

К., 32 года. Женщина. Не замужем, детей нет.

Рост — 162, вес — 85, ИМТ — 32,4 (ожирение первой степени).

Результаты диагностики и информация о клиенте: данные Опросника пищевых предпочтений (ЕАТ-26) — низкий уровень проявленности признаков РПП (5 баллов). Ключевой момент, который отмечает клиентка, — это мысли и страхи касательно лишнего веса. В прошлом были попытки похудеть, однако сейчас клиентка перешла на интуитивное питание. Отмечает употребление большого количества продуктов, содержащих жиры, углеводы и сахар.

По Шкале оценки уровня удовлетворенности образом тела О.А. Скугаревского — средний уровень (59 баллов), что говорит о наличии

неудовлетворенности телом. Так, 6 баллов получил живот, 5 баллов — ягодицы, таз, бедро, колени, нога, ступня, 4 балла — спина, руки. Полученные результаты связаны с тем, что за три года клиентка достигла максимального веса, что сказывается на восприятии тела.

Дискомфорт по этому поводу отражен в ответах к Опроснику образа собственного тела, что показал высокий уровень выраженности признаков РПП (34 балла / 9 стенов). Клиентка отмечает сильный социальный дискомфорт, связанный со страхом негативной оценки; частые сравнения себя с другими.

Исследование самооценки показало средний адекватный уровень. Отметим, что несмотря на негативную оценку своих внешних данных, клиентка достаточно легко отмечает свои сильные стороны как личности.

Результаты по выраженности уровня депрессии и тревоги получились следующие: депрессия — на высоком уровне (-4,69), тревога — средний (0,27). Здесь следует отметить ключевые события за последний 5 лет в жизни клиента: в 2020 году попала в больницу с пневмонией, однако в 2021 ситуация повторилась (поражение легких 24%), но уже в более критической форме. В этот же период происходит переезд в другой город, рецидив онкологии у партнера. Все эти события клиентка характеризует как тяжелые и тревожные. С 2022 года начинается активный набор веса. Работы с диетологом, тренером, нутрициологом и психологом не дают желаемого результата. С января 2025 года наблюдается у эндокринолога, невропатолога. Клиенту также было рекомендовано обращение к психиатру.

В ходе работы наблюдались следующие особенности: быстрое обнаружение мыслей, но сложности с выявлением эмоций и телесных реакций; страх совершить ошибку и получить наказание за нее; ожидание негативной оценки со стороны; частые чувства беспомощности и стыда. Стратегии реагирования на стресс — избегание (например, промолчать или не вообще не

пойти на встречу), переедание, просмотр соцсетей.

Запрос клиента: понять причину срывов и лишнего веса; снизить уровень тревоги; научиться относиться к себе более бережно; сократить количество сладкого в день.

Всего было проведено 10 консультаций (7 встреч по 1 часу, 3 сессии — 1,5 часа).

Первая консультация состояла из сбора информации о клиенте, обсуждения результатов теста, психоинформирование по вопросу посещения психиатра. В качестве домашнего задания был предложен дневник питания. Несмотря на высокие показатели по уровню депрессии, клиент быстро определял мысли, выстраивал логические цепочки, видел причинно-следственные связи.

Вторая консультация была посвящена психоинформированию о причинах переедания. На примере дневника питания рассмотрели такие триггеры как: тревога, стресс, недосып, большие промежутки между приемами пищи, недостаток воды.

Поэтому клиенту был предложен план питания по принципу трех — три основных приема пищи и три перекуса. Запланирована 1 легкая тренировка, прогулка с мужем и отслеживание количества воды в день с помощью трекера.

Домашнее задание — дневник питания.

На **третьей консультации** провели работу по выявлению убеждений касательно себя и мира. На примере конкретной ситуации были выделены следующие мысли: «Люди должны думать о чувствах других»; «Мне в очередной раз указали, что я не справилась с похудением. Обо мне это говорит, что я никчемная, слабая. Даже с этим справиться не смогла», «Мне грустно оттого, что ничего не меняется, мои ожидания не оправдались».

Было решено распределить работы с этими убеждениями на две встречи, поскольку первая половина консультации была посвящена выявлению эмоций: клиенту было легко определять мысли, но эмоции и телесные ощущения

вызывали трудности. Для этой задачи использовалось «Колесо эмоций» и психоинформирование в формате направляемого открытия. Например: Как вы думаете, имея такие мысли, какие эмоции можно испытывать?

На консультации в работу было взято долженствование и первым делом выявлено его значение: «Люди должны думать о чувствах других, потому что так я буду чувствовать себя в безопасности, ведь мне не придется самой о них говорить другим. Если я буду делать это, то меня могут не понять или высмеять, посчитают слабой». Когда значение было выявлено, клиентка самостоятельно сумела определить дисфункциональность этого требования и истинную его причину.

Домашнее задание — дневник питания.

Четвертая консультация началась с обсуждения дневника питания. На протяжении двух недель клиентка придерживалась режима питания и выполняла одну тренировку. Она отметила сокращение таких продуктов, как сладкое, выпечка, картофель и майонез. Однако увеличить количество фруктов и овощей в рационе пока не удалось. Поэтому было предложено поэкспериментировать есть овощи с соусами — сметанный, томатный, соевый и пр.; и попробовать один новый фрукт на этой неделе.

Вторая половина встречи была посвящена работе с мыслями с третьей консультации.

— Что должен сделать человек, чтобы не справиться с задачей?

— Если бездействие говорит о том, что человек не справляется, то выполнение задачи на 10% говорит об обратном?

— С чем вы все таким правились на пути к похудению?

— Насколько реально исполнение вашей цели «похудеть на 30 кг за год безопасно для здоровья»?

Отметим, что выявленные убеждения предполагают наличие таких эмоций,

как стыд или вина. Однако клиентка не определила их.

Домашнее задание — дневник питания, чтение копинг-карточек.

Пятая встреча проходила в формате арт-терапии. Была использована техника «Карта чувств» для работы с эмоциями.

Клиенту необходимо изобразить на листе А4 шесть эмоций так, как он их представляет: страх, стыд, вина, любовь, радость, удовольствие. Далее совместно с консультантом проходит анализ полученного рисунка. В ходе работы клиентке помогали метафоры, аналогии или обращение к опыту.

— Как ваши эмоции могут выглядеть по форме, цвету и размеру?

— Когда вы думаете о своей кошке, что чувствуете?

— Вспомните то чувство, когда наконец-то съели кусочек любимого торта, после долгого ожидания.

— Если бы стыд можно было представить в виде образа, то чтобы это было: камень на сердце, туман, горящие щеки, замершая фигура или статуя, грязь, клеймо?

В итоге клиентка познакомилась с этими эмоциями, почувствовала их и отметила, что часто испытывает именно страх и стыд.

В качестве домашнего задания оставили дневник питания.

В продолжении темы эмоций на **шестой консультации** клиентке было предложено разместить выделенные эмоции в теле. Для этого сперва она нарисовала образ тела на листе А1. Затем мы вспомнили чувственный опыт, который касался этих эмоций; и клиентка должна была прочувствовать их в теле. Далее перенесла это на рисунок.

В ходе обсуждения клиентка отмечала функции эмоций и их значение для себя самой; отслеживала ситуации, в которых они появлялись; училась

определять то по одной, то сразу несколько. Помогающие вопросы:

— Когда впервые вы испытали эту эмоцию?

— Как эта эмоция вам мешает? А как помогает?

— Наличие этой эмоции, что говорит о вас как о личности?

— Что могло произойти хорошего, если бы этой эмоции не было? А что случилось бы плохого?

В конце встречи некоторые образы были трансформированы.

На **седьмой консультации** вернулись к дневнику питания, где были выявлены разрешающие мысли. Клиентка увидела, что, когда ей скучно, грустно или тревожно, она съедает больше, чем обычно. После чего чувствует вину. Самостоятельно определив этот цикл, она отследила, что думает в этот момент. Поэтому работа шла по следующему плану:

1 этап — оспаривание мысли. Например:

«Мне скучно, и это невыносимо. Надо порадовать себя и тогда не будет так тяжело».

— Какие есть аргументы «за» и «против» этой мысли?

— Что говорит о достоверности этой мысли ваш опыт?

— Вы рассмотрели все варианты решения или только один? Как можно по-другому?

— Логично ли это утверждение?

2 этап — формулирование помогающей мысли: «Я могу съесть еще один кусочек торта, я разрешаю себе это. Однако не поможет мне с решением ситуации. Сейчас я хочу решить причину или снять симптом?».

3 этап — поиск альтернатив. На примере ситуаций из дневника питания был составлен перечень возможных вариантов решения с учетом следующего:

— Если я могу влиять на ситуацию, то как могу это сделать? (Например, пойти погулять).

— Если я не могу сейчас повлиять на ситуацию, как мне изменить свое

отношение к ней? (Например, я могу выдержать этот дискомфорт, ведь я уже справлялась с похожей ситуацией).

В конце встречи клиент составил копинг-карточку и список

Домашнее задание — дневник питания, чтение копинг-карточек.

Восьмая консультация была посвящена теме стыда касательно своего тела.

Во-первых, были выявлены следующие мысли: «Мне стыдно, что у меня такое тело. Все думают, что я никчемная, слабачка»; «только имея стройное тело можно чувствовать себя уверенно»; «Другие люди презирают меня за лишний вес».

Во-вторых, проведено знакомство с когнитивными искажениями. На примере готового списка клиентка определяла те ошибки мышления, которые свойственны ей.

В-третьих, оспаривание этих мыслей с помощью «Сократовских вопросов».

В заключение, на примере «Пирога ответственности», было сформулировано понимание, что человек не определяется только внешними параметрами, а лишний вес не говорит о его слабости.

Девятая консультация была проведена с использованием арт-техники «Карта внутреннего мира» для помощи клиенту в познании себя и своих ценностей. Сперва необходимо было нарисовать в виде географической карты свой внутренний мир по ощущениям. Затем с помощью наводящих вопросов консультанта, клиент анализировал полученный рисунок:

— Когда вы смотрите на рисунок, какие мысли и эмоции возникают?

— Что привлекает ваше внимание больше?

— Какие ваши ценности отражены на карте?

— Что они говорят о вас, как о личности?

В ходе работы клиента трансформировала отдельные образы,

дорабатывала их.

На **десятой консультации** были подведены итоги работы, собрана обратная связь, составлен план самопомощи при повышении уровня тревоги и возникновения перепадов.

Клиентка отметила снижение уровня тревоги и улучшение общего состояния, причину чего видела в проделанной работе и обращении к психиатру. По данным дневника питания, количество жирной и сладкой еды сократилось, в рационе появилось больше овощей и фруктов. За 1,5 месяца работы вес снизился на 2,7 килограмма.

Подводя итоги, отметим:

1. Самые распространенные признаки РПП — тревога и депрессия. Их можно рассматривать как одну из причин негативного оценивания себя и мира, беспокойства на тему будущего, профессиональных перспектив. Все это запускает дисфункциональное пищевое поведение, например, переедание или жесткие ограничения, в силу отсутствия иных копинг-стратегий. Второй фактор — отсутствие каких-либо увлечений, хобби или действий, приносящих удовольствие, помогающих отдохнуть. В силу чего, жизнь кажется безрадостной, а единственным доступным средством понять настроение становится еда.

2. На втором месте мы бы отметили изменение пищевых привычек. Все клиенты сообщали, что не любят готовить, чаще всего, аргументируя это тем, что процесс занимает много времени. Однако альтернатив, кроме быстрых снеков, не было. Поэтому формирование привычки делать заготовки на будущее помогало им поддерживать режим питания.

Здесь же отметим, что женщины с большой неохотой принимали идею пробовать новые рецепты. Им было проще пользоваться доставкой или искать альтернативы в кафе и ресторанах. Однако для мужчины готовка стала новым хобби: он отметил, что благодаря этому начал чувствовать себя увереннее, и получал расслабляющий эффект от процесса. На наш взгляд, здесь

прослеживаются не только гендерные особенности, но и влияние профессии: работа клиента не предполагала наличие материального результата деятельности — он певец; приготовление пищи, в свою очередь, позволяет не только ощутить физически результат, но и насладиться им.

3. Триггер самокритики и ненависти к телу у женщин — социальные сети. Причем работа шла эффективнее только при сокращении количества времени за просмотр ленты. Клиентки сообщали, что даже знание того факта, что многие фото обработаны с помощью специальных программ и поэтому не отражают действительность, не помогало снизить тревогу, вину и стыд. Мужчина же влияние социальных сетей не отмечал, однако часто мысленно сравнивал себя с образом «Идеального Я».

В дополнение заметим, что мифы о правильном питании и диетах были получены клиентами в социальных сетях, что объясняется большим количеством информации, которую сложно все время критически оценивать. Решением стало составление списка литературы по теме, который выдавался на десятой консультации.

2.3. Результаты формирующего эксперимента и их обсуждение

После завершения 10 консультаций с каждым клиентом было проведена повторная оценка уровня проявления признаков РПП.

По результатам **Опросника пищевых предпочтений (ЕАТ-26)** среди женщин высокий уровень проявления дисфункциональных пищевых привычек, негативных мыслей о себе и весе сократился до 0%; средний уровень составил 42,86% вместо 57,14%; а количество тех, у кого эти признаки не обнаружены увеличилось с 14,29% до 57,14%. Результатом работы с мужчиной стало изменение уровня проявлений со среднего на низкий. Полученные данные

указывают на положительную динамику в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах.

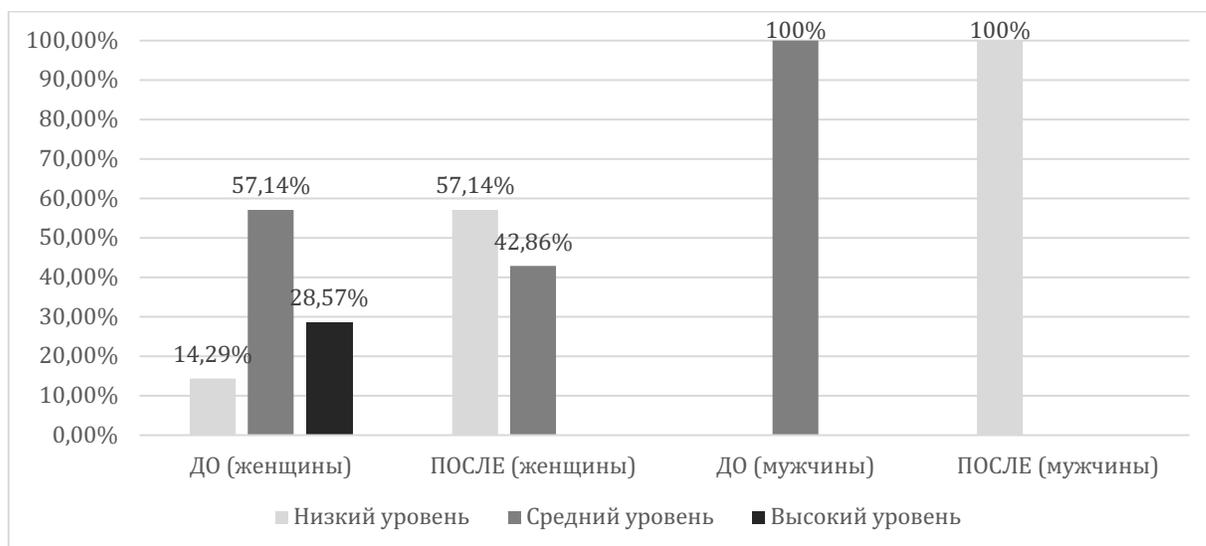


Рисунок 13. Уровни проявления стремления к похудению, страхов перед лишним весом мыслями о нем (EAT-26) среди женщин и мужчин среднего возраста до и после эксперимента, распределение в %

На примере ответов каждой группы можно проанализировать, в каких областях произошли изменения. Так, на рисунках 14 и 15 видно, что изменения в ответах среди женщин произошли на когнитивном уровне, который касался частых мыслей о похудении, лишнем весе, сжигании калорий (вопросы 1, 11, 12, 14, 21). Поведенческом: они реже прибегают к ограничительному поведению (вопрос 23) и перееданию (вопрос 4); проявляют меньше самоконтроля в отношении еды (вопрос 19); получают удовольствие от дегустации новых блюд (вопрос 25); не так часто избегают высокоуглеводной пищи (вопрос 7). Однако количество сладкого еще контролируют (вопрос 16). В эмоциональной сфере отмечается снижение уровня вины после еды (вопрос 10). В восприятии окружающих — меньше додумывают за других (вопрос 13, 20).

Вопросы 2 и 17 показали отрицательную динамику — увеличилась частота избегания еды, когда голодны; повысилось количество диетических продуктов. Причиной таких показателей, на наш взгляд, могут быть следующие факторы: одна из клиенток (случай 2) с сахарным диабетом перешла на диетические продукты; у двоих (случаи 5 и 6) на момент завершения встреч наступил отчетный период на работе, в силу чего больший фокус внимания был на профессиональных задачах. Клиентки отмечали, что стало трудно придерживаться плана питания.

На примере рисунков 16 и 17 видна следующая динамика: сократилось количество мыслей о еде, лишнем весе и сжигании калорий (вопросы 2, 11, 12 и 21). Однако размышления о жировых отложениях на теле остались без изменений (вопрос 14), что мы связываем со сферой, где работает клиент. Профессия предполагает соответствие определенным стандартам внешности, что также может и влиять на уровень самоконтроля в еде (вопрос 19) с целью поддержания фигуры. Снизилась частота использования диет, диетических продуктов (вопросы 17, 23) и сократилось число эпизодов переизбытка (вопрос 4). Стало меньше избегания определенных продуктов (вопрос 7, 16) и приемов пищи (вопрос 2). Клиент отметил, что получает больше удовольствия от дегустации новых блюд (вопрос 25), чем раньше.

Таким образом, мы видим, что когнитивный аспект показал позитивную динамику в обеих группах респондентов. В поведенческом все еще наблюдается сохранение определенных паттернов, что, по нашему мнению, с одной стороны, связано укоренившимися способами реагирования на стресс, а значит, требует больше времени на работу с ними; с другой — с влиянием среды, например, профессиональной.

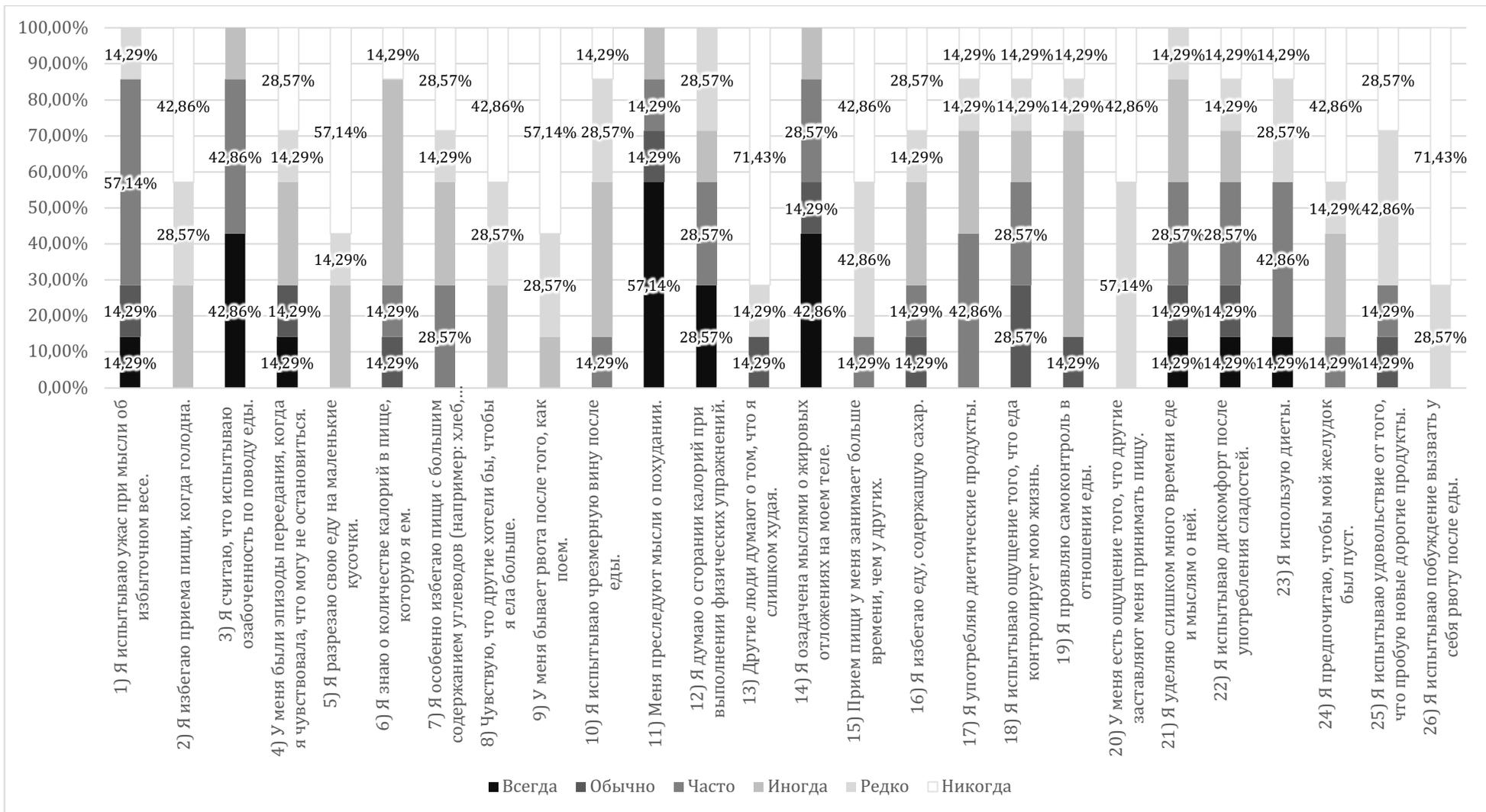


Рисунок 14. Частота встречаемости ответов на вопросы теста EAT-26 среди женщин среднего возраста до проведения эксперимента, в %

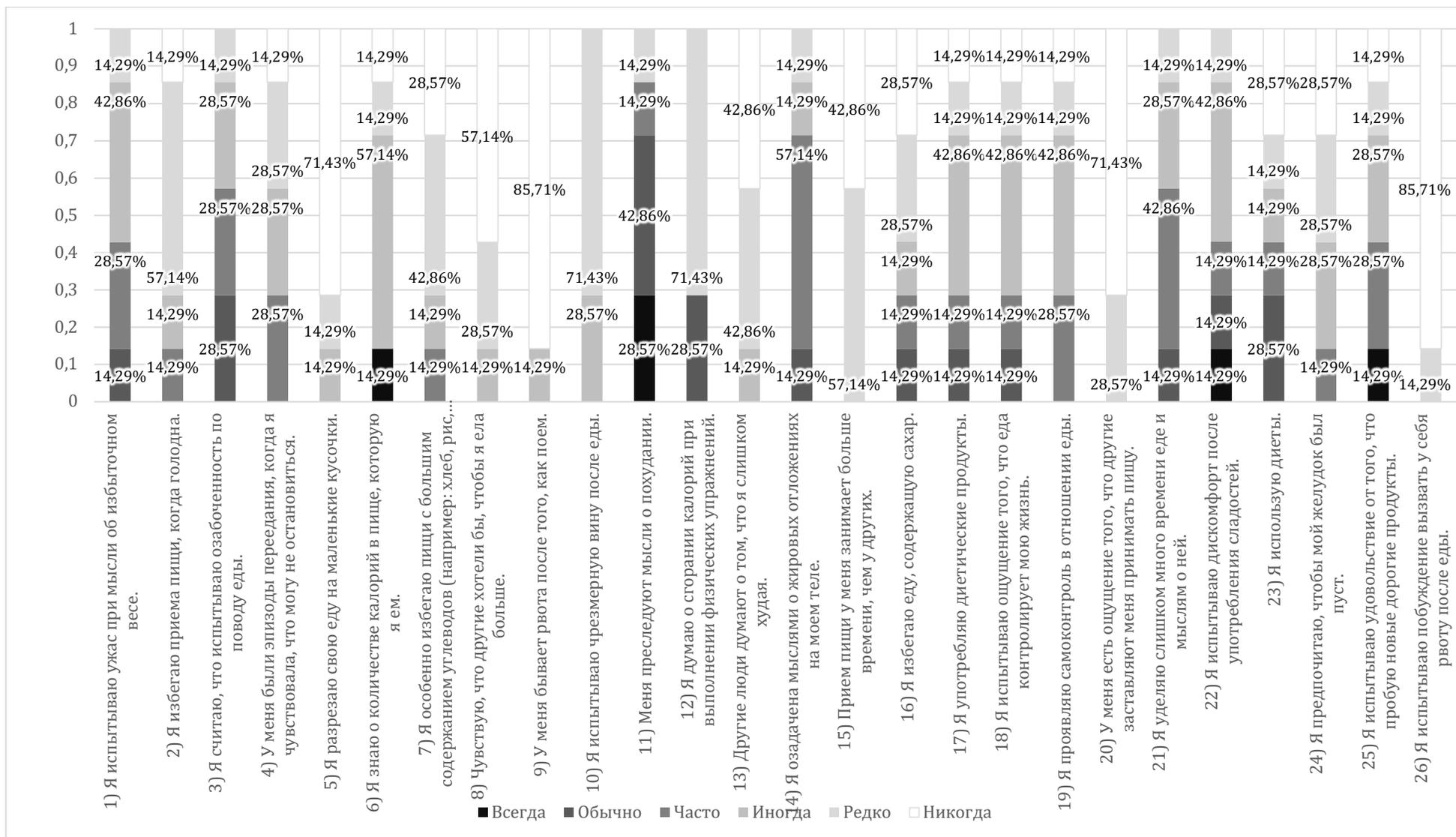


Рисунок 15. Частота встречаемости ответов на вопросы теста EAT-26 среди женщин среднего возраста после проведения эксперимента, в %

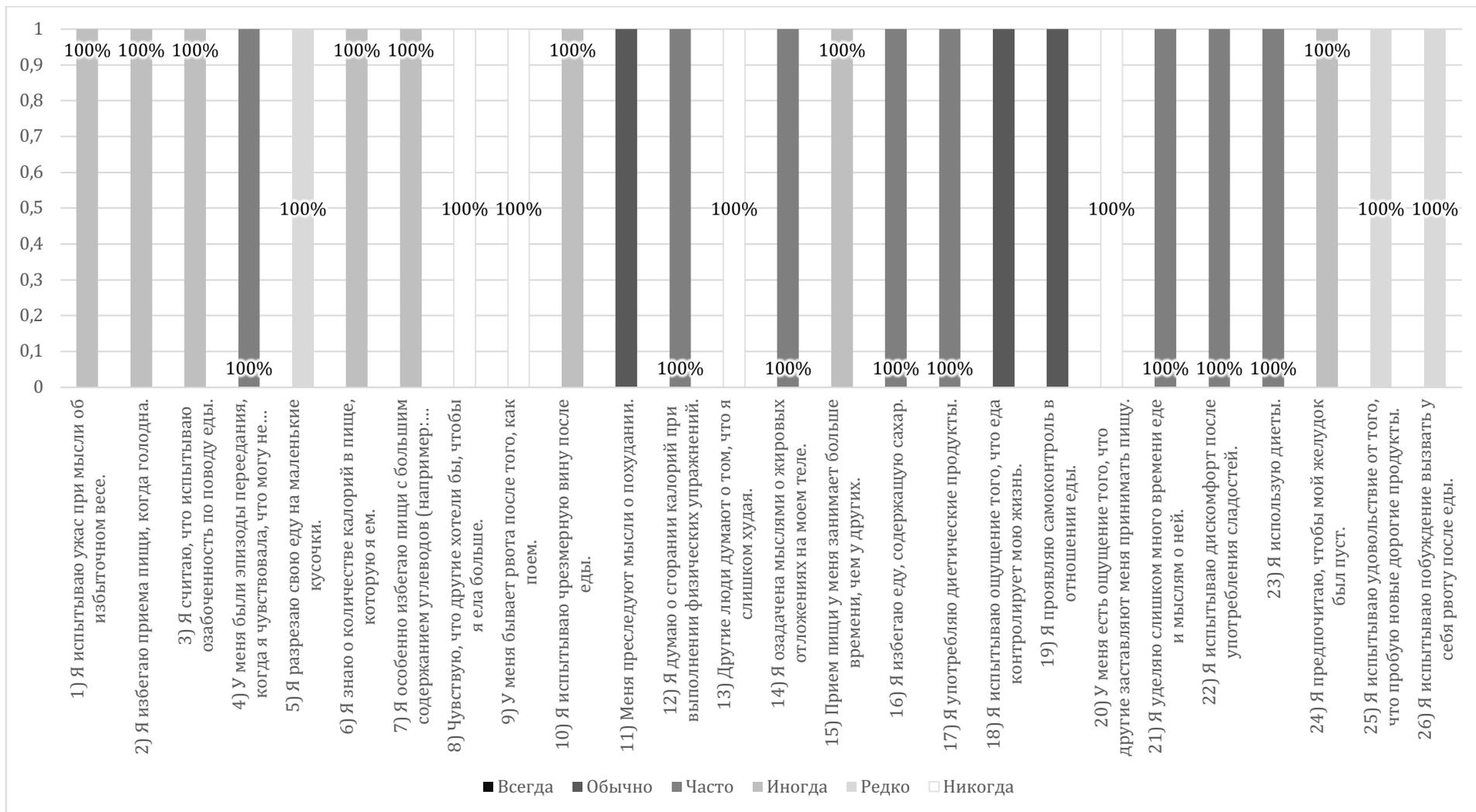


Рисунок 16. Частота встречаемости ответов на вопросы теста EAT-26 среди мужчин среднего возраста до проведения эксперимента, в %

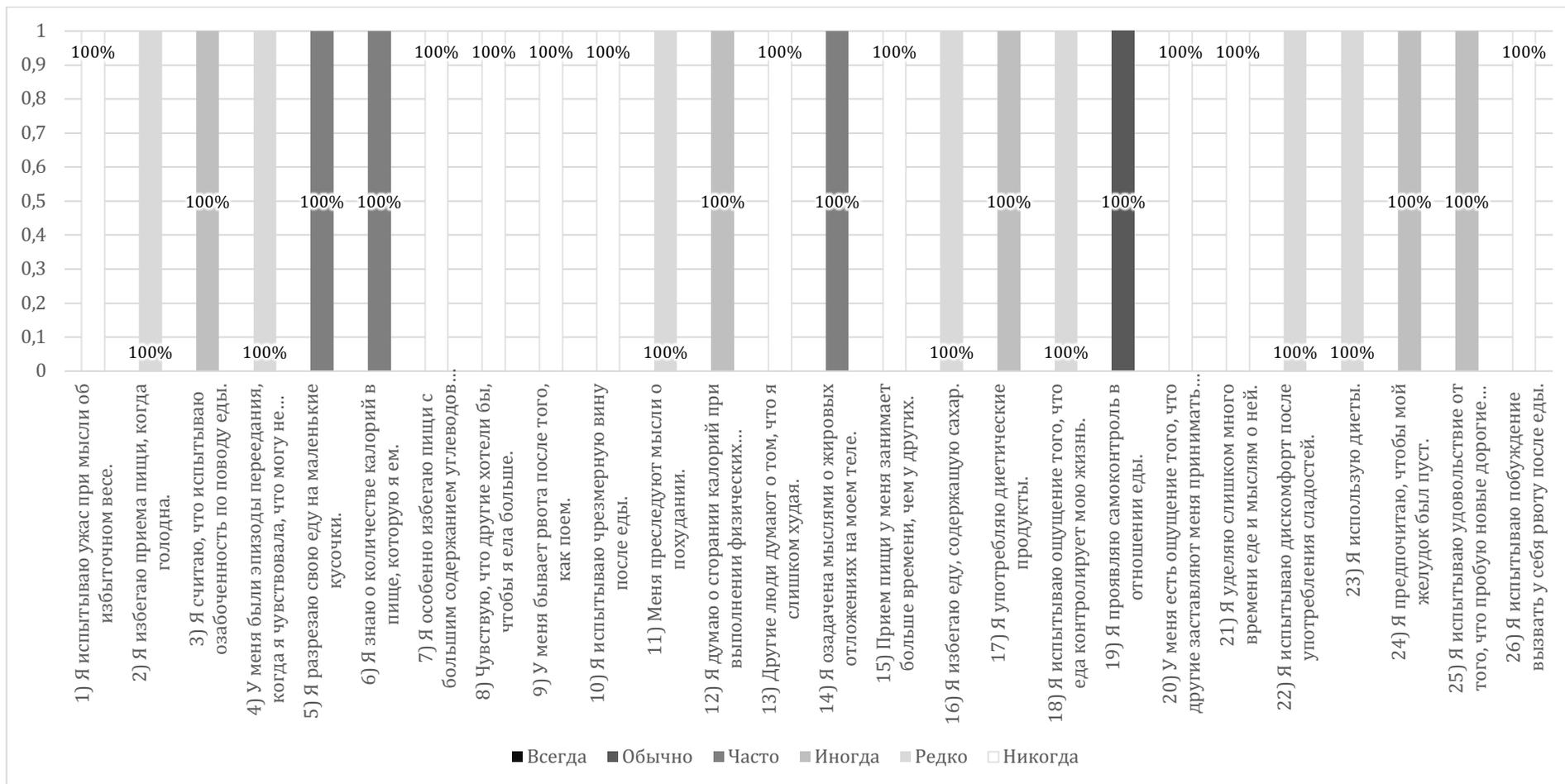


Рисунок17. Частота встречаемости ответов на вопросы теста EAT-26 среди мужчин среднего возраста после проведения эксперимента, в %

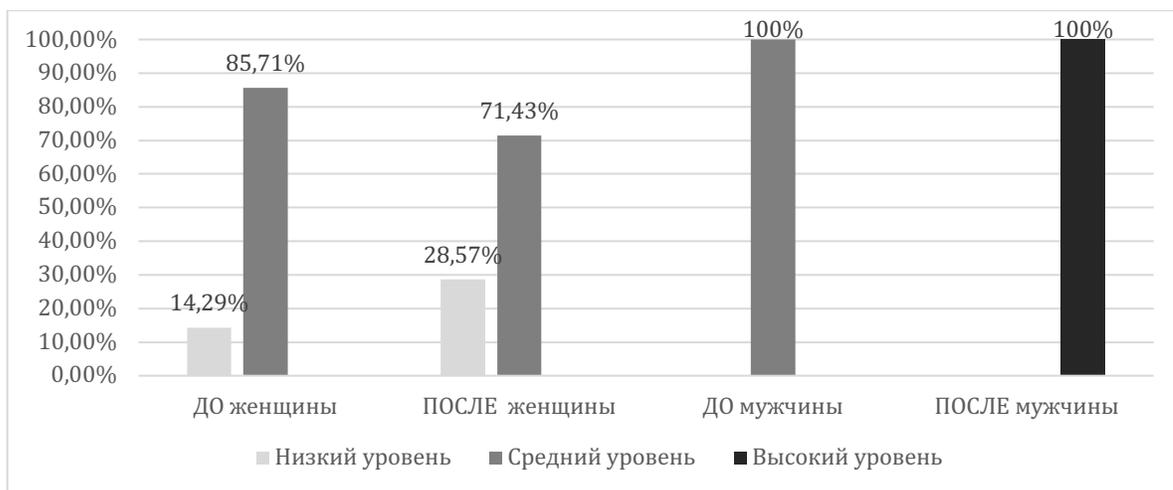


Рисунок 18. Уровни проявления удовлетворенности образом тела у мужчин и женщин среднего возраста до и после проведения эксперимента, распределение в %

По данным **Шкалы уровня удовлетворенности образом тела** видно, что среди женщин стало больше тех, кто высоко оценивает свое тело — с 14,29% до 28,57%. Средний уровень сократился с 85,71% до 72,43%.

Динамика прослеживается, однако темп изменений достаточно медленный, что, с одной стороны, мы связываем с психоэмоциональным состоянием ряда клиентов, которые в ходе консультаций подключили медикаментозное лечение, получение результатов от которого требуют времени. С другой — сложностью самой темы, поскольку работа с восприятием тела предполагает более длительную работу. Результаты консультирования клиента-мужчины показала позитивные изменения — произошел переход со среднего уровня удовлетворенности телом на высокий.

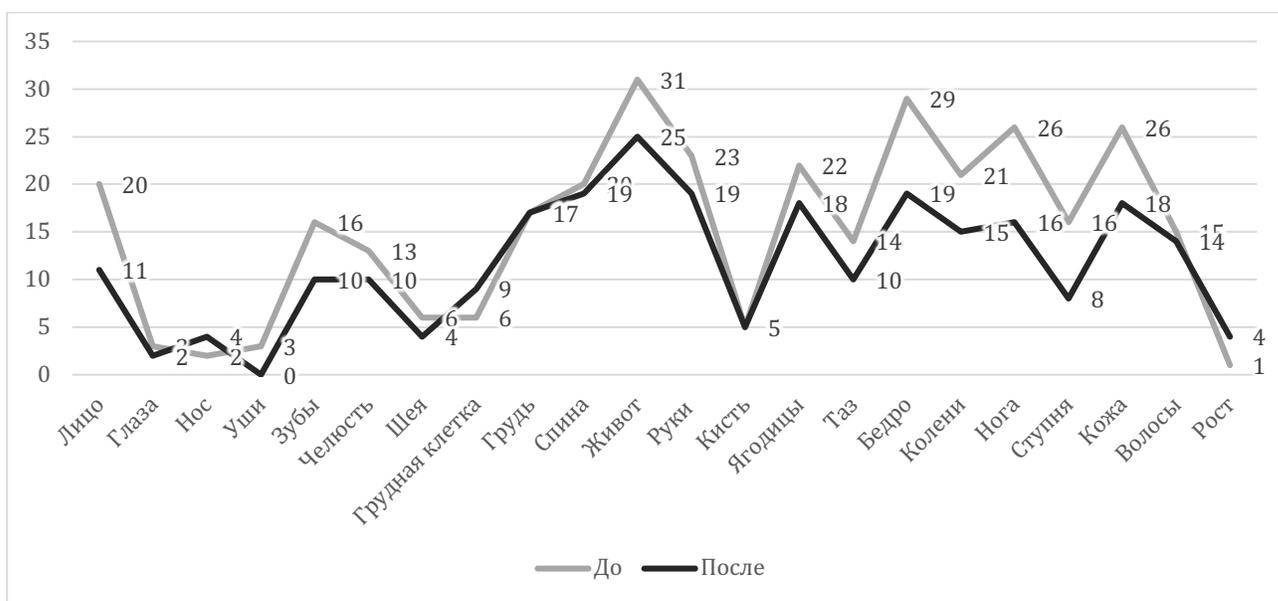


Рисунок 19. Соотношение ответов на вопросы Шкалы удовлетворенности образом тела у женщин среднего возраста по каждому сегменту до и после эксперимента, распределение в баллах

Анализ ответов мы представили не в процентном соотношении, а в баллах, где чем ниже бал, тем выше удовлетворенность. Если рассматривать изменения в оценке каждого сегмента, то можно увидеть следующие закономерности:

1. Большую удовлетворенность после проделанной работы стали вызывать лицо, уши, зубы, челюсть, шея, живот, руки, ягодицы, таз, бедро, колени, нога, ступня, кожа, волосы. Многие перечисленные здесь сегменты анализировались на консультациях с использованием арт-терапии, где фокус внимания был направлен на функциональность тела.

2. Осталась без изменений или с незначительными изменениями: глаза, грудь, спина, кисть.

3. Удовлетворенность стала меньше следующими частями: нос, грудная клетка, рост. Ряде случаев заметен резкий скачок неудовлетворенностью, причину чего, в качестве гипотезы, мы видим в прошедшем модном показе известного бренда женского нижнего белья. Участницы экспериментальной

группы, а именно 3, 5 из 7, в ходе консультации касались этой темы в контексте негативного отношения к своему телу.

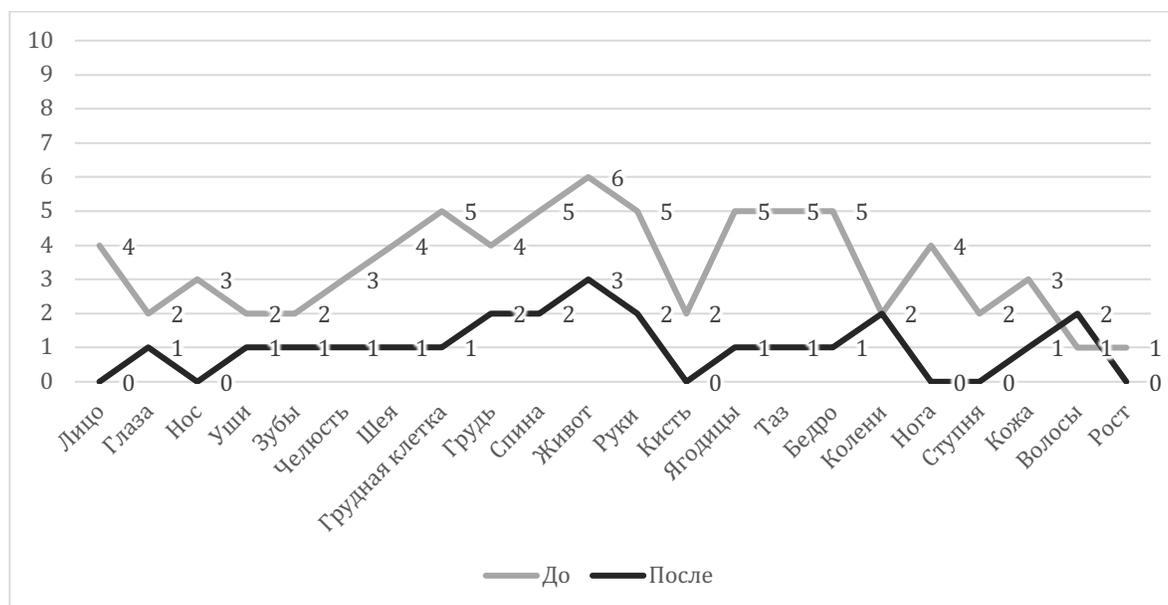


Рисунок 20. Соотношение ответов на вопросы Шкалы удовлетворенности образом тела у мужчин среднего возраста по каждому сегменту до и после эксперимента, распределение в баллах

Анализ ответов мужчины дал следующие результаты:

1. Удовлетворенность телом стала выше по следующим сегментам: лицо, нос, челюсть, шея, грудная клетка, грудь, спина, живот, руки, кисть, ягодицы, таз, бедро, нога, ступня, кожа.
2. Остались без изменений или получили незначительные изменения: глаза, уши, зубы, колени, рост.
3. Увеличился уровень неудовлетворенности: волосы. Была проведена беседа с клиентом по итогам теста, чтобы выяснить причину неудовлетворенности: за последние пару лет у него сократилось количество волос, что сказывается на самооощущениях.

Таким образом, Шкала оценки уровня удовлетворенности образом тела показала, что хоть позитивная динамика и присутствуют, все еще остается неудовлетворенность отдельными частями.

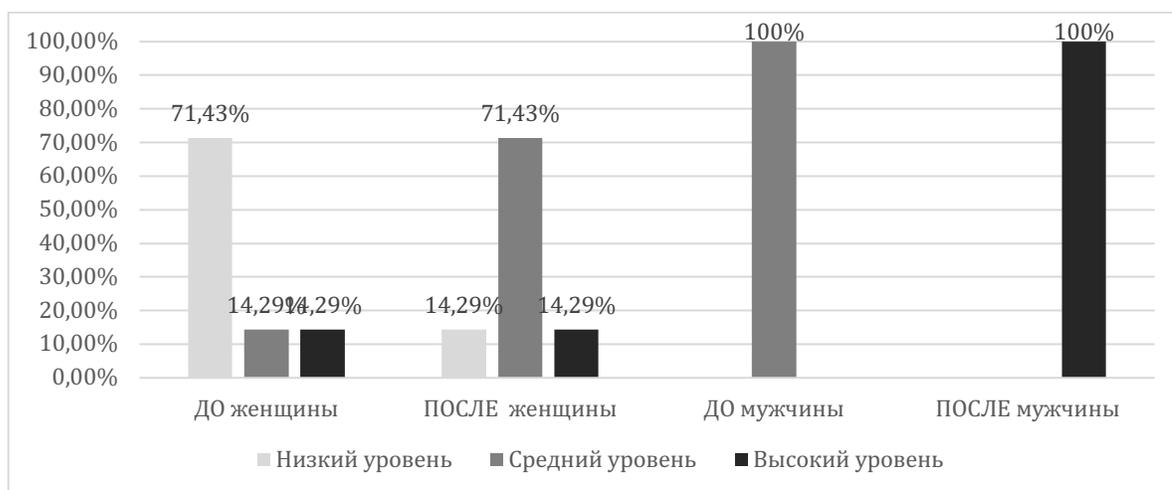


Рисунок 21. Уровни проявления удовлетворенности образом собственного тела у мужчин и женщин среднего возраста до и после эксперимента, распределение в %

По результатам **Опросника образа собственного тела**, видны следующие изменения: среди женщин сократился низкий уровень с 71,43% до 14,29%, увеличился средний — с 14,29% до 71,43%, остался без изменений высокий — 14,29%; у мужчины средний уровень удовлетворенности телом увеличился до высокого. Полученные данные говорят нам о позитивной динамике в таких аспектах, как: когнитивный, поведенческий и эмоциональный, что подробнее рассмотрим ниже.

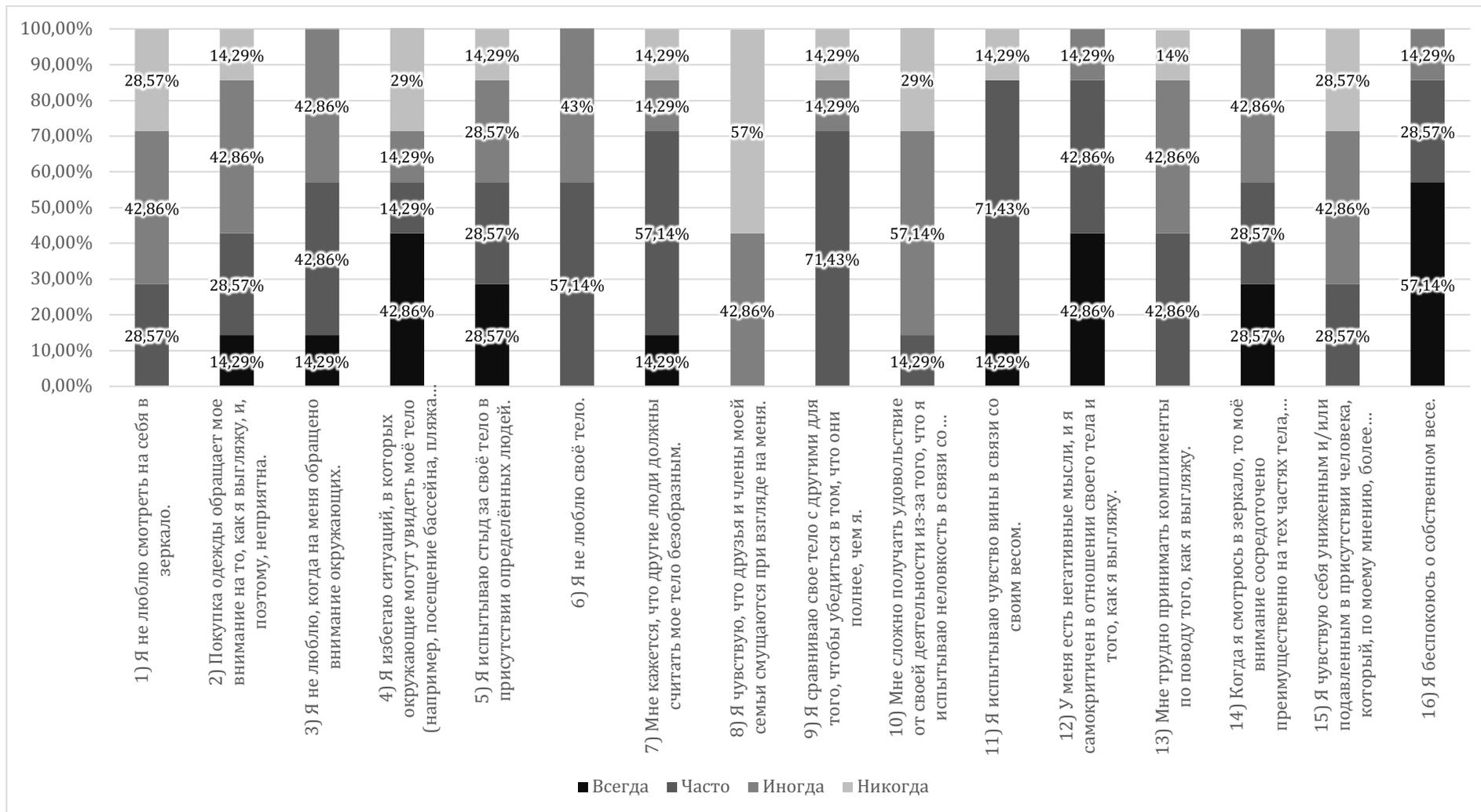


Рисунок 22. Частота встречаемости ответов на вопросы Опросника удовлетворенности образом среди женщин среднего возраста до проведения эксперимента, в %

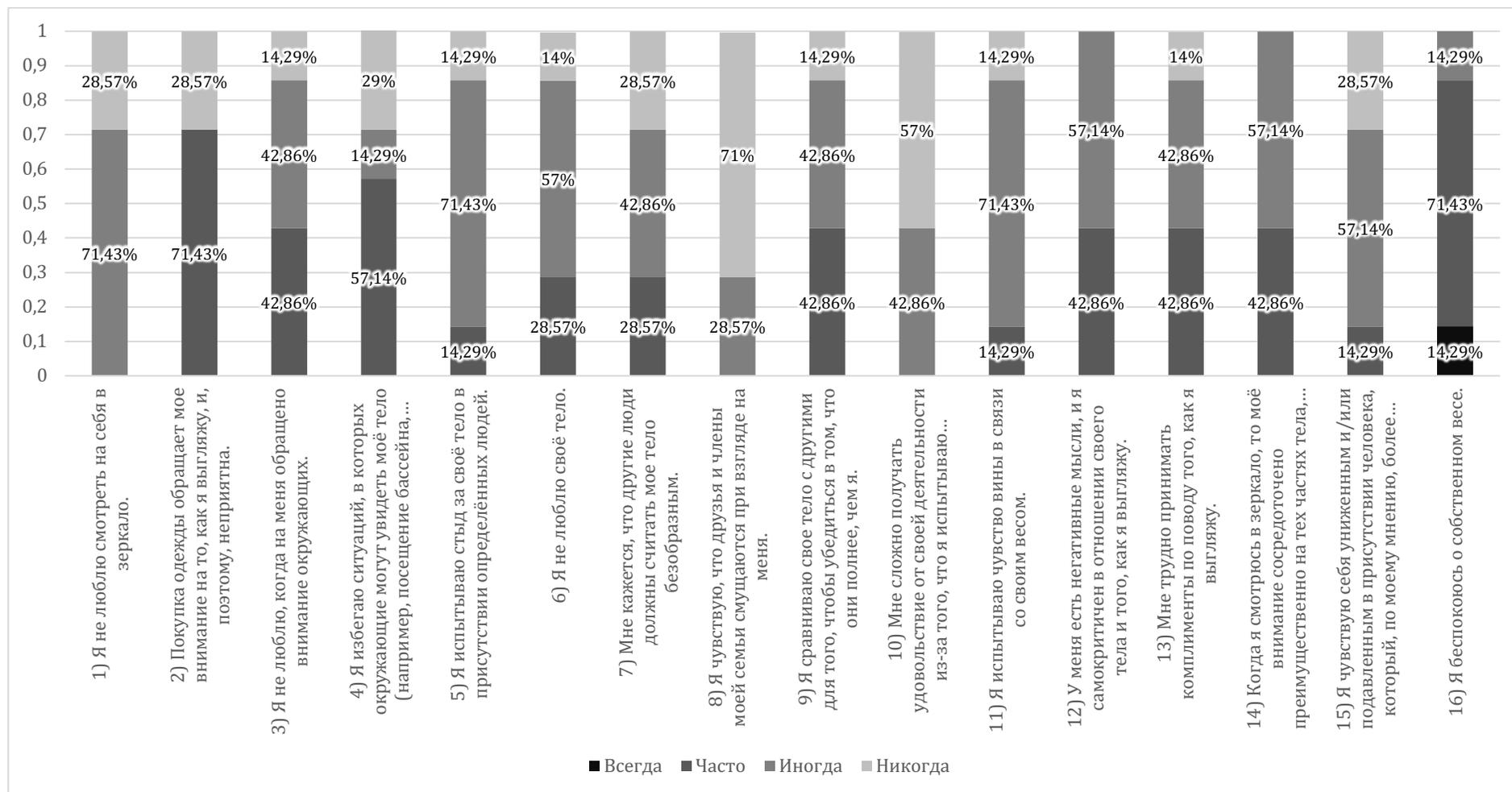


Рисунок 23. Частота встречаемости ответов на вопросы Опросника удовлетворенности образом среди женщин среднего возраста после проведения эксперимента, в %

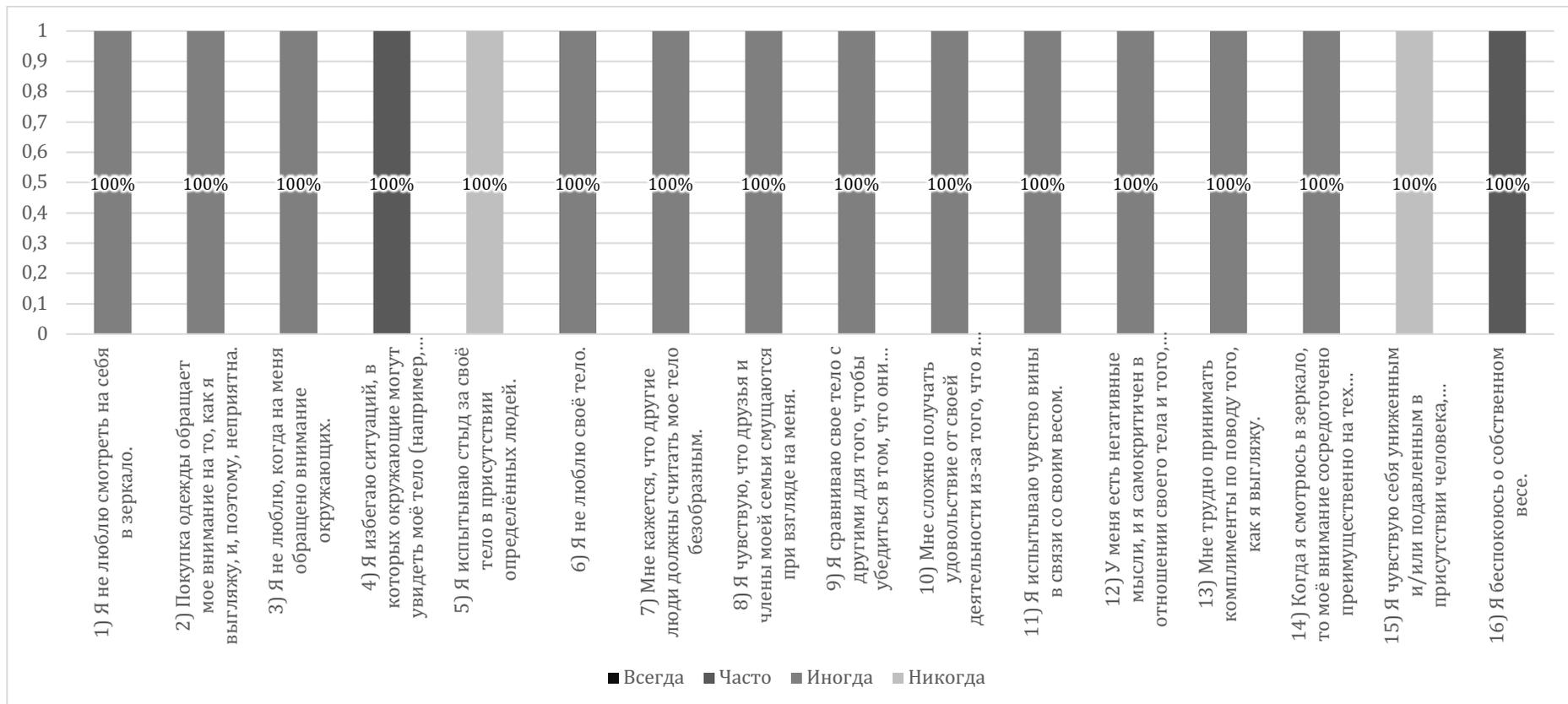


Рисунок 24. Частота встречаемости ответов на вопросы Опросника удовлетворенности образом среди мужчин среднего возраста до проведения эксперимента, в %

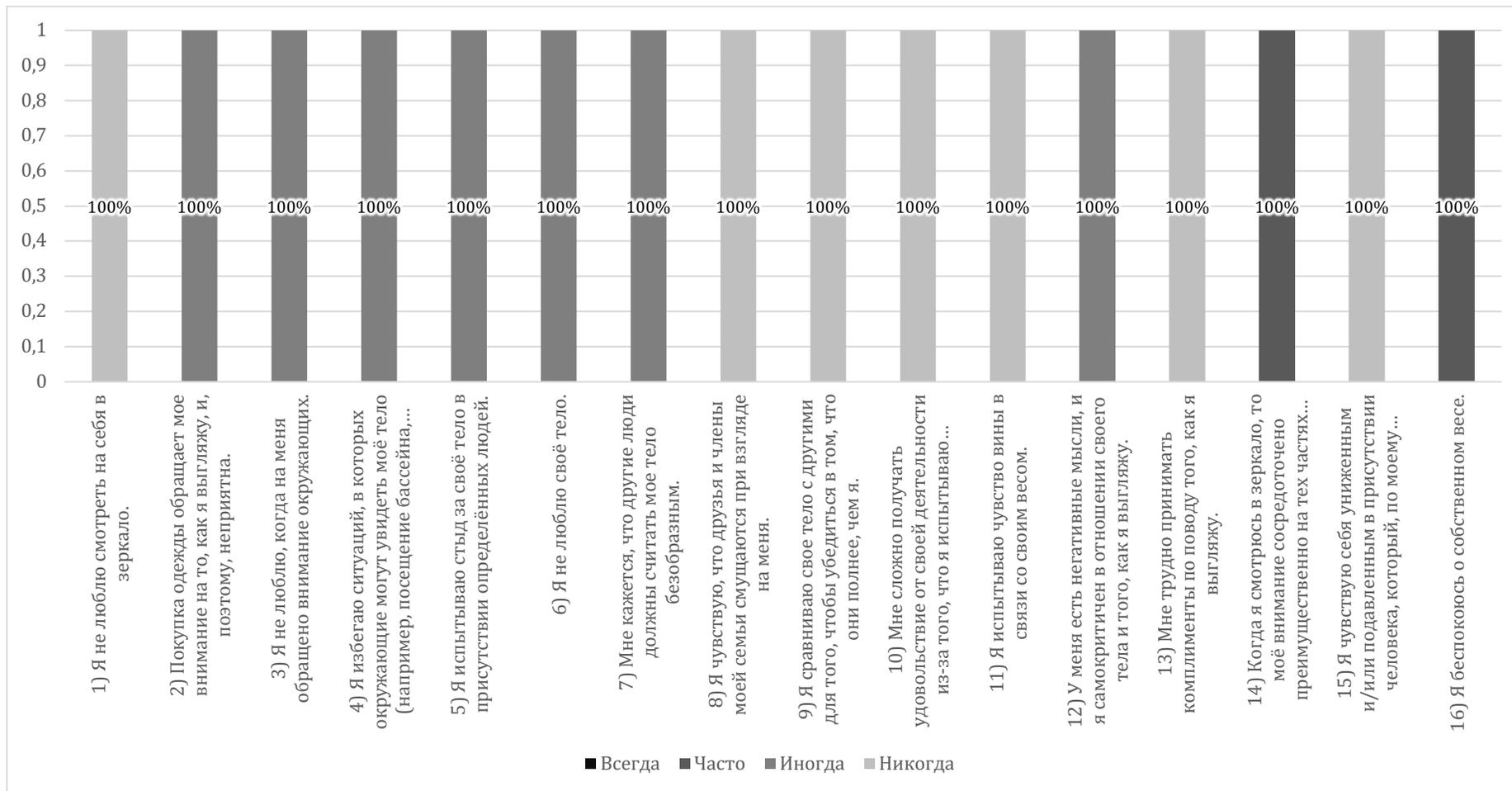


Рисунок 25. Частота встречаемости ответов на вопросы Опросника удовлетворенности образом среди мужчин среднего возраста после проведения эксперимента, в %

На рисунках 22 и 23 видно сокращение регулярности проявления тех или иных явлений: ответ «Всегда» после проведенного эксперимента встречается в только в вопросе, касающегося беспокойства о весе (вопрос 16). Наблюдается снижение значимости таких когнитивных аспектов, как: негативные мысли о теле (вопрос 12), селективное внимание (вопрос 14), додумывание (вопросы 7, 8). В эмоциональном плане отмечается не частые проявления чувства вины, стыда и нелюбви к себе и телу (вопросы 5, 6, 11, 15).

Что касается поведенческих особенностей, то отметим сокращение частоты использования стратегии избегания (вопросы 1, 2, 4) и сравнения себя с другими (вопрос 9); снижение социального дискомфорта (вопрос 3); повышение уровня удовольствия от деятельности (вопрос 10). Важным этапом в работе с поведенческими особенностями стало формирование понимания экологичного пользования соцсетей, не с целью сравнения себя с другими, а например самообразование. Для этого использовались ограничения по времени, фильтрация подписок и каналов, подбор материалов по интересам.

Почти без изменений остался пункт о сложности принимать комплименты по поводу внешнего вида (вопрос 13).

По результатам опроса мужчины (рис. 24 и 25), видна следующая динамика: по когнитивному аспекту — снижение селективного внимания (вопрос 14) и додумывания (вопрос 8). Однако все еще присутствуют негативные мысли и самокритика в отношении тела (вопрос 12), ожидание внешней оценки (вопрос 8). На эмоциональном уровне участилось чувство стыда за внешний вид (вопрос 5) и сохранилась нелюбовь к телу (вопрос 6); однако заметно сократилось чувство вины за лишний вес (вопрос 11).

В поведении сохраняются сложности с покупкой одежды (вопрос 2) и страх внимания со стороны окружающих (вопрос 3); однако снизилось неприятие своего отражения в зеркале (вопрос 1) и избегание дискомфортных ситуаций

(вопрос 4), стало меньше сравнения себя с другими (вопрос 9), появилось больше удовольствия от деятельности (10) и готовность принимать комплименты (13).

Как мы видим из приведенных данным, как среди женщин, так и среди мужчин сохраняется страх негативной оценки со стороны, и как следствие, чувство стыда.

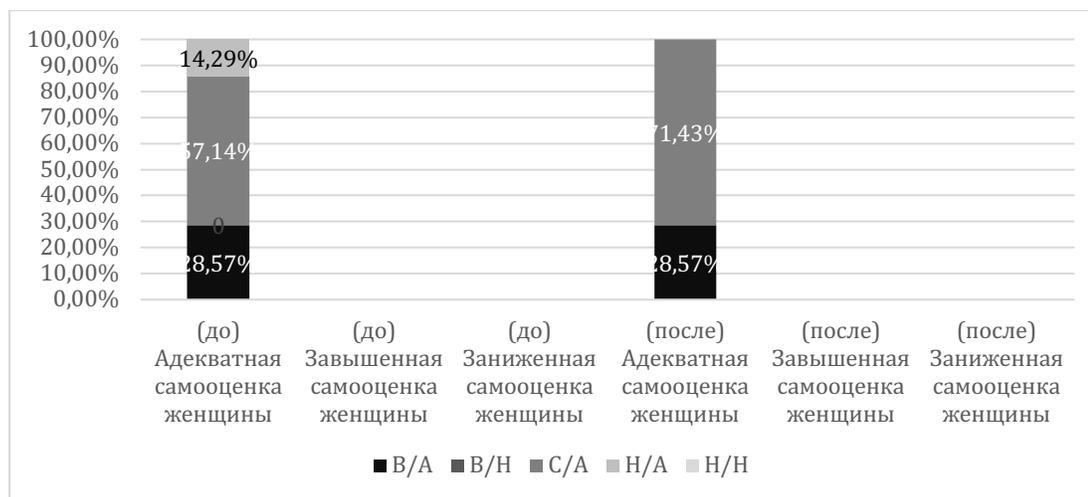


Рисунок 26. Результаты исследования самооценки личности у женщин среднего возраста до и после эксперимента, распределение в %

Условные обозначения: В/А — высокая адекватная, В/Н — высокая неадекватная, С/А — средняя адекватная, Н/А/ — низкая адекватная, Н/Н — низкая неадекватная

По результатам анализа женщин по **Методике исследования самооценки личности С.А. Будасси** отметим, что: у клиента с низкой адекватной самооценкой произошел переход в сторону средней адекватной. Причиной такой динамики мы считаем не только работу с консультантом, но и подключение медикаментозного лечения, что позволило ему стабилизировать состояние.



Рисунок 27. Результаты исследования самооценки личности у мужчин среднего возраста до и после эксперимента, распределение в %

Условные обозначения: В/A — высокая адекватная, В/H — высокая неадекватная, С/A — средняя адекватная, Н/A/ — низкая адекватная, Н/H — низкая неадекватная

В целом изменения по этой методике среди экспериментальной группы произошли в рамках тех замеров, что были сделаны до проведения эксперимента. Так, например, у мужчины самооценка поднялась с 0,458 баллов до 0,51, что входит в пределы показателя «Средняя адекватная».

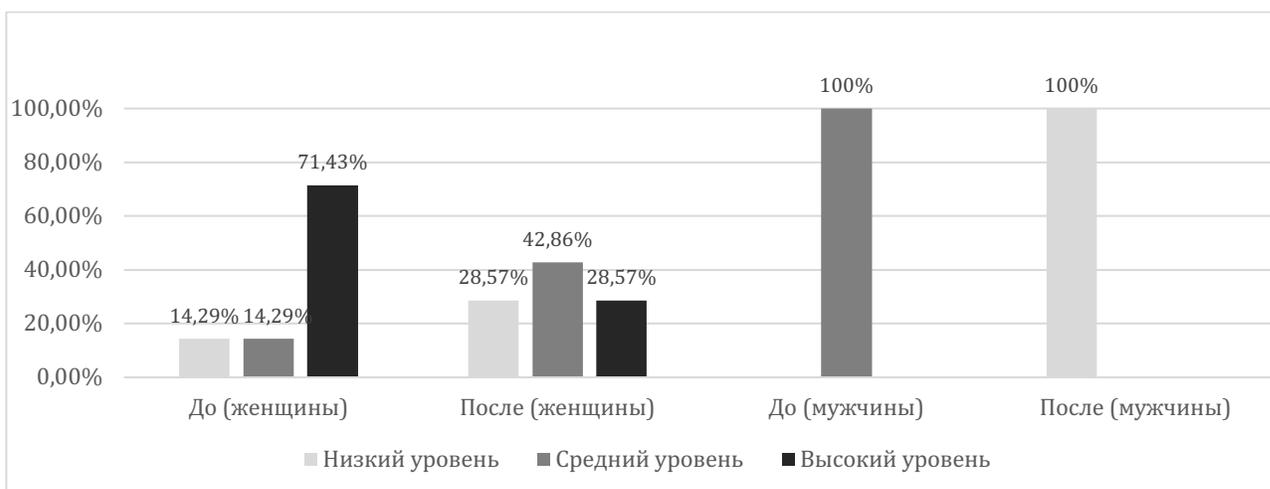


Рисунок 28. Уровни проявленности депрессии среди у мужчин и женщин среднего возраста до и после эксперимента, распределение в %

Как показали результаты **Опросника для выявления уровня тревожности и депрессии К.К. Яхина, Д.М. Менделевича**, высокий уровень депрессии сохранился у 28,57% женщин, средний — увеличился с 14,29% до 42,86%, признаков не выявлено у 28,57%. Среди мужчин заметно сокращение проявленности депрессии — средний уровень перешел в низкий.

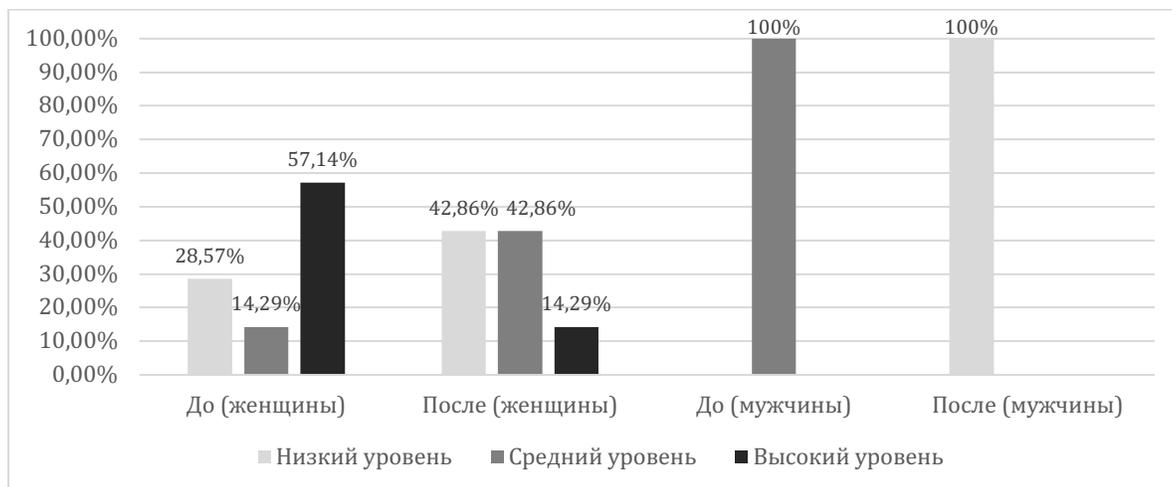


Рисунок 29. Уровни проявленности тревоги среди у мужчин и женщин среднего возраста до и после эксперимента, распределение в %

Положительная динамика прослеживается и в сокращении частоты проявления признаков тревоги. Так, среди женщин высокий уровень снизился с 57,14% до 14,29%, отсутствие признаков наблюдается у 42,86%. Позитивную динамику мы связываем, в том числе, с такими темами консультирования, как: поиск работы и трудоустройство, принятие диагноза, работа с адаптацией. Среди мужчин наблюдается отсутствие тревоги (низкий уровень).

Как видно из рисунка 30, по итогам эксперимента, признаков РПП не обнаружено у 14,29%, высокий уровень сохранился у 14,29%, средний перешел в значение 71,43%, что говорит об общей позитивной динамике изменений. У мужчины проявление признаков РПП сократилось до низкого уровня.

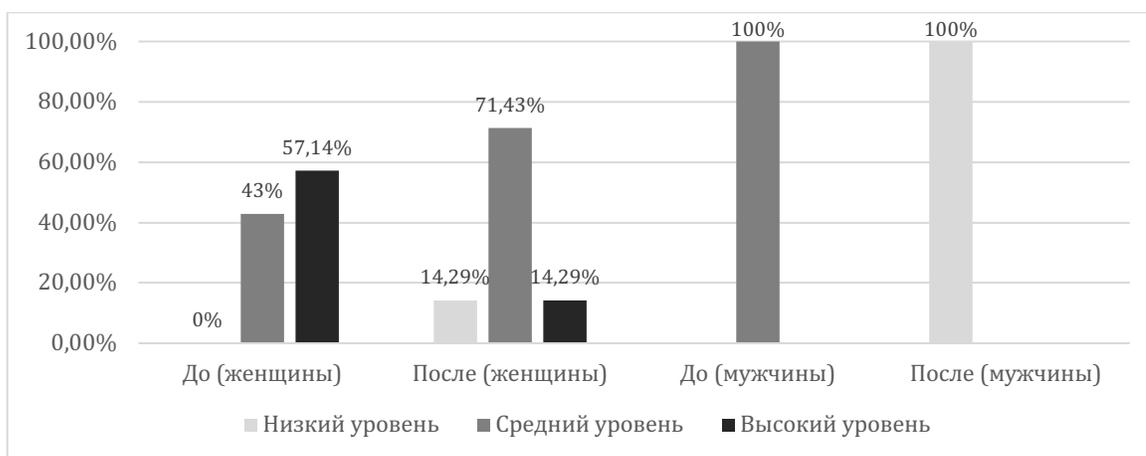


Рисунок 30. Уровни проявленности признаков РПП среди у мужчин и женщин среднего возраста до и после эксперимента, распределение в %

В качестве проверки достоверности полученных результатов нами была использована статистическая обработка с применением Т-критерия Вилкоксона. Эмпирическое значение Т попало в зону значимости ($p \leq 0,01$). Проверка каждой методики показало, что эмпирическое значение Т попало в зону значимости ($p \leq 0,01$) по всем 5 параметрам: Опросник пищевых предпочтений (ЕАТ-26), Шкала уровня удовлетворенности образом тела, Оценка удовлетворенности образом тела, Уровень самооценки личности, Уровень тревоги и депрессии.

Таким образом, можно сделать вывод, что психологическое консультирование мужчин и женщин среднего возраста с учетом гендерных особенностей и с применением интегративного подхода положительно повлияло на участников эксперимента, снизив уровни проявления признаков РПП, что подтверждает выдвинутую нами гипотезу.

Выводы по Главе 2

Анализ результатов исследования позволяет сделать следующие выводы:

1. Опрос респондента 41 (27 женщин и 13 мужчин) позволил выявить ряд особенностей проявления признаков РПП, характерных как для мужчин, так и для женщин. Ведущими из них стали — дисфункциональное пищевое поведение, частые мысли о еде и похудании, высокий уровень тревоги, депрессии. При этом корреляционный анализ показал, что: а) признаки РПП чаще встречаются среди женщин; б) низкая самооценка имеет прямую взаимосвязь с риском развития рассматриваемого феномена; в) обнаружена высокая коморбидность признаков РПП с такими депрессивными и тревожными признаками, как апатия, подавленность, потеря радости в жизни, обеспокоенность.

2. В экспериментальной группе, в которую вошли 7 женщин и 1 мужчина, был выявлен высокий уровень проявления признаков РПП у 57,14% женщин; средний — 43% женщин и 100% мужчин. Данные показатели характеризуются навязчивыми мыслями о еде и похудании, страхом набрать вес, ограничительным пищевым поведением, самокритикой и неприятием тела, низкой самооценкой, чувством стыда и вины, явно выраженными признаками депрессии и тревоги, а также частым перееданием и избеганием дискомфортных ситуаций.

3. Поэтому при разработке плана индивидуальных психологических консультаций мы опирались на 4 аспекта: а) поведенческий — коррекция пищевого поведения и изменение деструктивных копинг-стратегий; когнитивный — работа с дисфункциональными мыслями о себе, мире и других; эмоциональный — освоение навыка определять, называть и выражать эмоции; мотивационный — для поддержания готовности к изменениям. Для этого в консультационный процесс были включены методы и техники из таких психологических подходов, как: КПТ, РЭПТ, арт-терапия, логотерапия. Всего с

каждым участником было проведено по 10 встреч.

4. По результатам повторной диагностики среди женщин высокий уровень проявления признаков РПП снизился с 57,14% до 14,29%; низкий уровень повысился с 0% до 14,29%. Динамика работы с мужчиной составила 100% переход на низкий уровень. Если говорить о качественных изменениях, то заметно сократилось количество мыслей о еде, лишнем весе и похудении; сформировалось более позитивное отношение к телу уже с точки зрения его функциональности, а не эстетичности; многие прервали следование диетам и перешли на питание «По правилу трех». Три клиента, в ходе работы, обратились к психиатру и начали применять медикаментозное лечение, что также способствовало стабилизации состояния.

5. Между показателями уровня проявления признаков РПП в экспериментальной группе до и после эксперимента с помощью Т-критерия Вилкоксона выявлены достоверные различия на 99% уровне значимости, на основании чего можно сделать вывод, что психологическое консультирование с учетом гендерных особенностей и с применением интегративного подхода имеет положительный результат, тем самым подтверждая гипотезу исследования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изменения в социально-культурной среде влияют на распространение расстройств пищевого поведения как среди женщин, так и среди мужчин.

Однако следование стандартам красоты и соответствие профессиональным требованиям в плане внешнего вида и веса, не единственная проблема. Перед человеком среднего возраста встают и другие задачи, связанные с этим периодом: выстроиться отношения с собой, миром и другими людьми. Все это предполагает наличие определенных стратегий реагирования на дискомфорт и стресс, сформированность определенных гибких убеждений и установок, умение выражать свои эмоции. В случае недостаточности этих факторов человек может прибегать к деструктивным копинг-стратегиям, например, переедание, что, в свою очередь, повышает риск развития РПП.

В рамках исследовательской работы были изучены теоретические аспекты рассматриваемого феномена, причины его возникновения, виды, признаки, гендерные особенности протекания; а также выделены ряд закономерностей, характерных для среднего.

На основании этих данных была составлена таблица критериев выявления уровня проявленности признаков РПП и подобраны методики к каждой из них.

В ходе констатирующего эксперимента, участниками которого стали 27 женщин и 13 мужчин, было выявлено, что: признаки РПП отсутствуют у 2,6% женщин и 7,7% мужчин; средний уровень, указывающий на риск развития изучаемого феномена, представлен у 46,4% женщин и 92,3% мужчин; высокий уровень встретился у 50% женщин. Полученные данные, во-первых, соответствуют научным исследованиям, где отмечается распространенность РПП именно среди женщин; во-вторых, указывают на наличие у большего числа респондентов таких признаков, как: дисфункциональное пищевое поведение, мысли о еде и похудании, страх лишнего веса, чувство стыда и вины, низкая

самооценка, самокритика, высокий уровень тревоги, депрессии. Участникам, получившим высокие показатели по тем или иным методикам, была предложена психологическая помощь, в результате чего в работу вошло 8 человек (7 женщин и 1 мужчина).

С учетом результатов констатирующего эксперимента был составлен и реализован план индивидуальных консультаций, направленных на снижение уровня проявления признаков РПП, в котором учитывались: а) поведенческий аспект — коррекция пищевого поведения и дисфункциональных копинг-стратегий; когнитивный аспект — оспаривание догматичных убеждений о себе, мире, других, и формирование более гибких, а также работа с мыслями о весе, еде и похудании; эмоциональный аспект — помощь в развитии навыка определения и выражения эмоций; мотивационный аспект — поддержка готовности к изменениям. Для этого использовались такие подходы, как: КПТ, РЭПТ, арт-терапия, логотерапия.

Позитивная динамика изменений от прохождения была подтверждена статистической проверкой различия.

Таким образом, экспериментально было доказано, что психологическое консультирование женщин и мужчин с признаками РПП будет результативно, если: учитывать гендерные особенности; направлять работу на такие признаки, как низкая самооценка, неудовлетворенность образом тела, тревога, депрессия, чувство стыда и вины, дисфункциональное пищевое поведение; применять интегративный подход.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Абраменков А.И., Бурина Е.А. Синдромы нервной булимии и нервной анорексии у мужчин с позиции биопсихосоциального подхода // Интерактивная наука. — 2016. — №6. — С. 49–53. DOI 10.21661/r-112331
2. Аграс В.С., Эпл Р.Ф. Победить расстройство пищевого поведения. Когнитивно-поведенческая терапия при нервной булимии и психогенном переедании, пошаговое пособие по самопомощи. — Киев: Диалектика, 2021. — 128 с.
3. Айви А.Е., Айви М.Б., Саймэк-Даунинг Л. Психологическое консультирование и психотерапия: методы, теории и техники. — М., 1999. — 487 с.
4. Алексеенко М.А. Влияние Корейской волны на формирование гендерных стереотипов (на примере фанатских сообществ в Германии и Южной Корее) // Цифровое общество — новый формат социальной реальности: структуры, процессы и тенденции развития: материалы Всероссийской научной конференции, Санкт-Петербург, 12–14 ноября 2020 года / Отв. редакторы: Н.Г. Скворцов, Ю.В. Асочаков. — СПб: ООО «Скифия-принт», 2020. — С. 126–127.
5. Ананьев Б.Г. Избранные психологические труды. В 2-х т. — Т. 1. — М.: Педагогика, 1980. — С. 89–95
6. Арт-терапия — новые горизонты / Под ред. А.И. Копытина. — М.: Когито-Центр, 2006. — 336 с.
7. Афанасьев С.О. Особенности лечения социальной фобии, коморбидной с пищевыми нарушениями у студентов медицинского ВУЗа: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2024. — 24 с.
8. Аш А.А. Исследование влияния низкоуглеводных диет на психическое и физиологическое состояние организма [Электронный ресурс] //

Вестник медицинского института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье. — 2022. №2 (56). — С. 151–152. — URL: <https://clck.ru/3QCA4X> (дата обращения: 20.10.2025).

9. Балакирева Е.Е., Зверева Н.В., Якупова Л.П. Психологическая квалификация когнитивных нарушений при нервной анорексии у детей и подростков // Современная терапия в психиатрии и неврологии. — 2014. — №1. — С. 30–34.

10. Барыльник Ю.Б., Филиппова Н.В., и др. Диагностика и терапия расстройств пищевого поведения: мультидисциплинарный подход [Электронный ресурс] // Социальная и клиническая психиатрия. — 2018. — №1. — URL: <https://clck.ru/35tJmi> (дата обращения: 28.09.2023).

11. Батхолдина С.Р., Асимов М.А., Колева И. Теоретический аспект влияния тревожности личности на развитие расстройства пищевого поведения // Scientific and practical journal EJCRP&P. — 2023. — № 4(5). — С. 26–31. DOI 10.46914/2959-3999-2023-1-4-26-31

12. Белогай К.Н. Образ тела женщины: онтогенетические и социокультурные аспекты развития, возрастно-психологическая изменчивость: автореф. дис. ... д-ра психол. наук. — Кемерово, 2021. — 40 с.

13. Брюхин А.Е., Марилов В.В., Линева Т.Ю. Особенности патоморфоза нервной анорексии у мужчин // Архивъ внутренней медицины. — 2016. — № S1. — С. 99.

14. Бэк А., Кларк Д. Тревога и беспокойство: когнитивно-поведенческий подход. — СПб.: Диалектика, 2020. — 448 с.

15. Бэк Дж. Когнитивная терапия для сложных случаев: что делать, когда простые решения не работают: Пер. с англ.— СПб.: Диалектика, 2020. — 432 с.

16. Бэк Дж. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям: 3-е издание. — М.: Прогресс книга, 2024. — 514 с.

17. Василькова Ж.Г. Возможности психокоррекции и психотерапии при

психогенном переедании [Электронный ресурс] // Психология. Психофизиология. — 2022. — №4. — URL: <https://clck.ru/35tQtM> (дата обращения: 28.09.2023). DOI: 10.14529/jpps220405

18. Василькова Ж.Г., Дулинец Г.Г., Скрипченко Е.А. Активизация когнитивных ресурсов преодоления стресса посредством рационально-эмоциональной поведенческой терапии (на примере работы с дисфункциональным перфекционизмом) [Электронный ресурс] // Мир науки. Педагогика и психология. — 2019. — №1. — URL: <https://clck.ru/3QCAFx> (дата обращения: 20.10.2025).

19. Вознесенская Т.Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция [Электронный ресурс] // Ожирение и метаболизм. — 2004. — №2. — URL: <https://clck.ru/35quF8> (дата обращения: 25.09.2023).

20. Гольдин Б.Г. Скрининговое исследование расстройств пищевого поведения у больных с аффективными расстройствами // Профилактика девиантного поведения: материалы III Международной научно-практической конференции (6–11 октября 2021 года) / под научной редакцией М.Г. Чухровой. — Новосибирск: АНО ДПО «Сибирь. Наука. Интеллект», 2021. — С. 12–18. DOI: 10.38163/978-5-6046739-7-3

21. Горзий Т.С. Индивидуальные особенности развития эмоционального стресса в зависимости от полоролевой идентичности личности: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2023. — 23 с.

22. Дамадаева А.С. Психология гендерного развития личности спортсмена: автореф. дис. ... канд. психол. наук. — М., 2013. — 54 с.

23. Дворянчиков Н.В., Харланова М.М. Особенности формирования телесного аспекта гендерной идентичности у мужчин // Электронный журнал «психология и право». — 2015. — Т. 5. — №3. — С. 98–105. DOI:10.17759/psylaw.2015050309

24. Дзень Н.В. Эпидемиологические особенности распространения

ожирения в Воронежской области: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2023. — 23 с.

25. Дурнева М.Ю. Формирование отношения к телу и пищевого поведения у девушек подросткового и юношеского возраста: автореферат дис. ... канд. психол. наук. — М., 2014. — 30 с.

26. Елизаров А.Н. Основы индивидуального и семейного психологического консультирования: учебное пособие. — М.: «Ось-89», 2003. — 336 с.

27. Емелин К.Э. Расстройства пищевого поведения, приводящие к избыточному весу и ожирению: классификация и дифференциальная диагностика [Электронный ресурс] // РМЖ. — 2015. — №0. — С. 12–15. — URL: <https://clck.ru/35tJXG> (дата обращения: 28.09.2023).

28. Зеленкова М.А., Николаева Н.О. Влияние гендера на особенности пищевого поведения у девушек // Психологическая наука и образование. — 2012. — № 5. — С. 12–18.

29. Ильина В.А. Идеализация расстройства пищевого поведения в виртуальном пространстве [Электронный ресурс] // Скиф. — 2020. — №4 (44). — С. 96. — URL: <https://clck.ru/35tKzd> (дата обращения: 16.04.2024)

30. Каменецкая Е.В., Ребеко Т.А. Телесный образ я у лиц с нарушением пищевого поведения // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. — 2014. — Т. 20. — № 4. — С. 58–64.

31. Карвасарский Б. Д. Психотерапия: учеб. для вузов / Изд. 2-е, перераб. — СПб.: Питер, 2002. — 672 с.

32. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия [Электронный ресурс]. — СПб.: Питер, 2000. — URL: <https://clck.ru/3A8VQn> (дата обращения: 16.04.2024)

33. Келина М.Ю. Социокультурные факторы формирования

неудовлетворенности телом и нарушений пищевого поведения // Вестник МГЛУ. — 2012. — № 64. — С. 158–165.

34. Кибитов А.О., Мазо Г.Э. Генетические исследования нарушений пищевого поведения: выход из замкнутого круга нозологической систематики // Социальная и клиническая психиатрия. — 2016. — Т. 26. — № 4. — С. 63–70.

35. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патология психики. — С-Пб.: Еврознак, 2005. — 640 с.

36. Копытин А.И. Методы арт-терапии при травматическом стрессе. — М., 2022. — 144 с.

37. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования [Электронный ресурс]. — М.: Академический проект, 1999. — 240 с. — URL: <https://clck.ru/3A8WCv> (дата обращения: 16.04.2024).

38. Краснобаев П.А., Малькова В.А. Низкая самооценка: влияние на человека и пути изменения [Электронный ресурс] // Старт в науку: актуальные вопросы техники и технологий: Сборник материалов III Ежегодной научной конференции студентов среднего профессионального образования Технологического университета. — М.: Научный консультант, 2018. — С. 215–220. — URL: <https://clck.ru/3QL5EY> (дата обращения: 25.09.2025).

39. Малви Л. Визуальное удовольствие и нарративный кинематограф // Антология гендерной теории. — Минск: Пропилеи, 2000. — С. 280–297.

40. Малкина-Пых И.Г. Возрастные кризисы: справочник практического психолога. — М.: Эксмо, 2005. — 416 с.

41. Малолеткина Е.С. Инсулинотерапия у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и морбидным ожирением: базис-болюсная схема против режима прандиальных инъекций: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2022. — 28 с.

42. Мататова П.Р. Особенности гендерной идентичности в зависимости от специфики мезосреды: на материале исследования дагестанской молодежи:

автореф. дис. ... канд. пс. наук. — М., 2008. — 23 с.

43. Медведев В.Э., Фролова В.И., Гушанская Е.В., и др. Депрессии с расстройствами пищевого поведения: клинические проявления и терапия // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2020. — №4. — С. 49–56.

44. Метафоры в когнитивно-поведенческой терапии. Создание когнитивных связей. Оксфордское руководство: Пер. с англ.— СПб: Диалектика, 2021. — 288 с.

45. МКБ-11 для ведения статистики смертности и заболеваемости [Электронный ресурс] — URL: <https://clck.ru/3BYyBX> (дата обращения: 25.09.2023).

46. Мохова И.Г., Пинхасов Б.Б., Селятицкая В.Г. Гендерные особенности нарушений пищевого поведения у лиц с избыточной массой тела и ожирением [Электронный ресурс] // Сибирский научный медицинский журнал. — 2017. — №6. — URL: <https://clck.ru/3BZ9fk> (дата обращения: 28.09.2023).

47. Новиков Р.И., Куташов В.А. Восприятие образа тела при булимии // Центральный научный вестник. — 2016. — №16. — С. 39–41.

48. Орлова О.В. Психологические аспекты расстройства пищевого поведения [Электронный ресурс] // Акмеология. — 2015. — №3 (55). — URL: <https://clck.ru/35quGH> (дата обращения: 25.09.2023).

49. Панюкова А.С. Социологические факторы возникновения расстройства пищевого поведения [Электронный ресурс] // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. — 2019. — №4–2. — URL: <https://clck.ru/33Z4jz> (дата обращения: 25.09.2023).

50. Пилюкова С.С. Социальные и психологические факторы риска развития нарушений пищевого поведения у мужчин — сотрудников силовых ведомств // Юридическая наука и практика: Альманах научных трудов Самарского юридического института ФСИН России. Вып. 9. Ч.1. — Самара:

Самарский юридический институт ФЦИН России, 2021. — С. 182–185.

51. Польшкая Н.А., Якубовская Д.К., и др. Межличностная чувствительность, страх негативной оценки внешности и стыд собственного тела у девочек-подростков с расстройствами пищевого поведения // Консультативная психология и психотерапия. — 2024. — Т. 32. — № 3. — С. 67–89. DOI:10.17759/cpp.2024320304

52. Пономарева Л. Г. Восприятия образа собственного тела у студентов младших курсов, склонных к нарушениям пищевого поведения [Электронный ресурс] // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. — 2010. — №10. — С. 342—346. — URL: <https://clck.ru/3DDTBv> (дата обращения: 25.07.2024).

53. Попова О.Ф. Экзистенциальный анализ в работе с пищевой зависимостью: трансформация страдания и тревоги в ценности и смысл // Акмеология. — 2014. — №3 (51). — С. 148–152. — URL: <https://clck.ru/3QL5JD> (дата обращения: 21.10.2025).

54. Сагалакова О.А., Подолкина Е.А. Психологические механизмы формирования расстройств пищевого поведения [Электронный ресурс] // Материалы Международного молодежного научного форума «ЛОМОНОСОВ-2020»/ Отв. ред. И.А. Алешковский, А.В. Андриянов, Е.А. Антипов. — М.: МАКС Пресс, 2020. — URL: <https://clck.ru/3QL5Xo> (дата обращения: 21.10.2025).

55. Сергеева А.М. Подходы к оптимизации энергетического и белкового обеспечения больных с нервной анорексией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2022. — 21 с.

56. Сидоров А.В. Психологические модели переедания и ожирения // Российский психологический журнал. — 2011. — № 8(3). — С. 30–40.

57. Скордеруд Ф. Сила/слабость [Электронный ресурс]: справочник по расстройствам пищевого поведения / перевод с норвежского Д. Макаридиной. — М.: Городец, 2022. — 373 с. — URL: <https://clck.ru/3A8aJF> (дата обращения: 21.10.2025).

16.04.2024).

58. Скугаревский О.А. Нарушения пищевого поведения: монография. — Минск: БГМУ, 2007. — 340 с.

59. Смирнова Я.К., Любимова О.М. Особенности эмоционально-волевой сферы женщин с избыточной массой тела, ведущие к нарушению лечебной диеты [Электронный ресурс] // Вестник Марийского государственного университета. — 2017. — № 4 (28). — С. 91–97. — URL: <https://clck.ru/3DNmXC> (дата обращения: 14.09.2024)

60. Степанова Л.Г. Особенности самоопределения в юношеском возрасте у индивидов с различным типом гендерной идентичности: автореф. дис. ... канд. пс. наук. — М., 2010. — 24 с.

61. Трунов Д.Г. Виды и механизмы функциональной алекситимии [Электронный ресурс] // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. — 2010. — №2. — С. 93—99. — URL: <https://clck.ru/3DNnX7> (дата обращения 14.09.2024)

62. Труфанова О.К. Психологические факторы нарушений пищевого поведения [Электронный ресурс] // Инновационная наука: Психология, Педагогика, Дефектология. — 2018. — №2. — URL: <https://clck.ru/35tQrc> (дата обращения: 28.09.2023)].

63. Турик Е.В. Особенности влияния критического мышления и психоэмоционального статуса на переживание экзистенциальных страхов в различных гендерно-возрастных группах дис. ... канд. психол. наук. — Ростов-на-Дону, 2024. — 24 с.

64. Фельсендорфф О.В. Социально-психологические особенности женщин с риском аддиктивного поведения в области занятий фитнесом: дис. ... канд. психол. наук. — СПб., 2020. — 173 с.

65. Франкл В. Воля к смыслу. — М.: АИФ, 2018. — 197 с.

66. Франкл В. Сказать жизни Да! Психолог в концлагере. — М.: Альпина

нон-фикшн, 2009. — 140 с.

67. Хайдарова Ф.А., Латипова М.А., Каюмова Д.Т. Результаты оценки тревоги и депрессии с помощью применения шкалы самооценки Zanga у молодых лиц с расстройством пищевого поведения и ожирением» // EJMNS. — 2025. — №6–2. — С. 73–79.

68. Харланова М.М. Особенности формирования телесного аспекта гендерной идентичности у мужчин // Электронный журнал «психология и право». — 2015. — Т. 5. — №3. — С. 98–105.

69. Херрин М., Ларкин М. Консультирование по вопросам питания при лечении расстройств пищевого поведения / пер. с англ. В.А. Белоковской. — Киев: Диалектика, 2022. — 462 с.

70. Цапьяк Т.А., Кляритская И.Л., Кривой В.В., Иськова И.А. Взгляд на проблему ожирения через призму расстройства пищевого поведения [Электронный ресурс] // Крымский терапевтический журнал. — 2020. — №4. — С. 18–24. — URL: <https://clck.ru/3D2LpK> (дата обращения: 04.09.2024).

71. Цапенко А.В. Психологические предикторы жизненных стилей женщин с расстройствами пищевого поведения: автореф. дис. ... канд. психол. наук. — Ростов-на-Дону, 2023. — 26с.

72. Цивилько М.А., Коркина М.В., Брюхин А.Е., Артемьева М.С., Карева М.А. Об особенностях нервной анорексии у мужчин // Вестник РУДН. Серия: Медицина. — 2001. — №1. — С. 40–42.

73. Чебакова Ю.В., Чусов А.В., Дунаева К.А. Структура и особенности гендерной идентичности больных нервной анорексией [Электронный ресурс] // Психологические исследования. — 2012. — Т. 5. — № 25. — 6 с. — URL: <https://clck.ru/3DiYg8> (дата обращения: 28.09.2023)] DOI 10.54359/ps.v5i25.748

74. Шаповаленко И.В. Психология развития и возрастная психология: учебник и практикум для вузов / 3-е изд., перераб. и доп. — М: Юрайт, 2022. —

457 с.

75. Шихи Г. Возрастные кризисы. — СПб: Ювента, 1999. — 223 с.
76. Эллис А. Вредная самооценка. Не дай себя обмануть. Красные таблетки для всех желающих. — М.: АСТ, 2022а. — 340 с.
77. Эллис А. Как сохранить эмоциональное здоровье в любых обстоятельствах. — М.: Прогресс книга, 2022б. — 272 с.
78. Эриксон Э. Идентичность и цикл жизни. Серия: Мастера психологии. — СПб.: Питер, 2023. — 253 с.
79. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис: пер. с англ./ Общ. ред. и предисл. Толстых А.В. — М.: Издательская группа "Прогресс", 1996. — 344 с.
80. Юраго Р.Г. Связь семейного воспитания с риском расстройств пищевого поведения у молодежи // Вестник науки. — 2025. — №6 (87). — С. 1553–1560.
81. Явдошенко Е.О. Кетогенная диета и ее влияние на здоровье человека // Межвузовский сборник научно-методических работ: Теория и методика физической культуры, спорта и туризма. — Санкт-Петербург. — 2021. — С. 149–151.
82. Ярославкина Е.В. Ценностно-смысловая сфера женщин с разной гендерной идентичностью: автореф. дис. ... канд. психол. наук. — Южно-Сахалинск, 2008. — 24 с.
83. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing. — 2013. — P. 329—354.
84. Attia E., Walsh T.B. Introduction to Eating Disorders [Электронный ресурс] // MSD. — URL: <https://clck.ru/3A8ZL2> (дата обращения: 16.04.2024)
85. Blackburne T., Rodriguez A., Johnstone S.J. A serious game to increase healthy food consumption in overweight or obese adults: Randomized controlled trial // Journal of Medical Internet Research. — 2016. — Vol. 4. — № 2. — Pp. 1–13.

DOI:10.2196/games.5708

86. Galmiche M., Déchelotte P., Lambert G., Tivolacci M.P. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review [Электронный ресурс] // The American Journal of Clinical Nutrition. — Vol. 109. — Issue 5. — 2019. — Pp. 1402—1413. — URL: <https://clck.ru/3D2NKn> (дата обращения: 01.09.2024). DOI 10.1093/ajcn/nqy342

87. Lundgren J., Anderson D., Thompson J. Fear of negative appearance evaluation: Development and evaluation of a new construct for risk factor work in the field of eating disorders [Электронный ресурс] // Eating Behaviors. — Vol. 5. — Issue 1. — January 2004. — Pp. 75–84 (дата обращения: 01.09.2025). DOI 10.1016/S1471-0153(03)00055-2

88. Murphy R., Straebl S., Cooper Z. and others. Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders // Psychiatric Clinics of North America. — Vol. 33. — Issue 3. — September 2010. — Pp. 611–627. DOI: 10.1016/j.psc.2010.04.004

89. Renjan V., McEvoy P., Handley A., Fursland A. Stomaching uncertainty: Relationships among intolerance of uncertainty, eating disorder pathology, and comorbid emotional symptoms [Электронный ресурс] // Journal of Anxiety Disorders. — Vol. 41. — June 2016. — Pp. 88–95 (дата обращения: 01.09.2025). DOI 10.1016/j.janxdis.2016.03.008

90. Stoller R. Sex and Gender: on the Development of Masculinity and Femininity. — N.Y., 1968. — P. 401.

Таблица 1. — Результаты Опросника пищевых предпочтений (ЕАТ-26)

№	Респонденты женщины	Баллы	Уровень	№	Респонденты мужчины	Баллы	Уровень
1	И, 27	7	Низкий	1	Р, 31	4	Низкий
2	И, 25	4	Низкий	2	О, 23	1	Низкий
3	Д, 23	11	Средний	3	Д, 26	9	Низкий
4	А, 25	30	Высокий	4	А, 31	2	Низкий
5	А, 33	3	Низкий	5	М, 25	2	Низкий
6	Е, 24	20	Высокий	6	Н, 32	15	Средний
7	М, 28	3	Низкий	7	В, 30	4	Низкий
8	В, 30	14	Средний	8	А, 27	0	Низкий
9	О, 31	0	Низкий	9	А, 27	6	Низкий
10	К, 30	17	Средний	10	Д, 24	2	Низкий
11	А, 25	44	Высокий	11	Г, 29	11	Средний
12	Е, 29	5	Низкий	12	Е, 28	10	Низкий
13	А, 33	10	Низкий	13	Э, 31	16	Средний
14	А, 30	11	Средний				
15	А, 24	23	Высокий				
16	К, 30	16	Средний				
17	М, 31	5	Низкий				
18	И, 33	9	Низкий				
19	А, 30	10	Низкий				
20	А, 24	34	Высокий				
21	К, 22	26	Высокий				
22	К, 32	5	Низкий				
23	А, 28	12	Средний				
24	Е, 29	12	Средний				
25	А, 25	25	Высокий				
26	М, 27	27	Высокий				
27	И, 32	19	Средний				
28	Т, 33	19	Средний				

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Таблица 2. — Соотношение ответов среди мужчин и женщин по Опроснику пищевых предпочтений (ЕАТ-26)

№	Вопрос	Пол	Всегда	Обычно	Часто	Иногда	Редко	Никогда
1	Я испытываю ужас при мысли об избыточном весе.	Ж	35,7%	7%	25%	10,8%	21%	0
		М	0	0	0	23,1%	53,8%	23,1%
2	Я избегаю приема пищи, когда голодна.	Ж	0	0	3,6%	25%	32%	39%
		М	0	0	7,7%	15,4%	15,4%	61,5%
3	Я считаю, что испытываю озабоченность по поводу еды.	Ж	17,9%	10,8%	21,4%	28,6%	14%	7%
		М	0	0	7,7%	15,4%	23,1%	53,8%
4	У меня были эпизоды переедания, когда я чувствовала, что могу не остановиться.	Ж	3,6%	7%	14%	39%	17,9%	17,9%
		М	0	0	15,4%	23,1%	38,5%	23%
5	Я разрезаю свою еду на маленькие кусочки.	Ж	0	7%	7%	10,8%	25%	50%
		М	7,7%	0	7,7%	23,1%	23%	38,5%
6	Я знаю о количестве калорий в пище, которую я ем.	Ж	0	25%	14%	25%	17,9%	17,9%
		М	0	15,4%	15,4%	15,4%	15,4%	38,4%
7	Я особенно избегаю пищи с большим содержанием углеводов (например: хлеб, рис, картофель).	Ж	3,6%	7%	17,9%	17,9%	25%	28,6%
		М	0	0	7,7%	15,4%	0	76,9%
8	Чувствую, что другие хотели бы, чтобы я ела больше.	Ж	7,1%	0	7%	17,9%	7%	60,8%
		М	0	7,7%	0	30,8%	7,7%	53,8%
9	У меня бывает рвота после того, как поем.	Ж	0	3,6%	0	7%	14%	75%
		М	0	0	0	0	0	100%

ПРИЛОЖЕНИЕ А
Продолжение Таблицы 2

10	Я испытываю чрезмерную вину после еды.	Ж	3,6%	10,8%	7%	35,6%	25%	17,9%
		М	0	0	0	7,7%	15,4%	76,9%
11	Меня преследуют мысли о похудании.	Ж	35,7%	14%	21,4%	10,8%	10,8%	7%
		М	0	30,8%	7,7%	15,4%	23,1%	23%
12	Я думаю о сгорании калорий при выполнении физических упражнений.	Ж	28,6%	10,8%	14%	17,9%	21%	7%
		М	7,7%	15,4%	23%	7,7%	23%	23%
13	Другие люди думают о том, что я слишком худая.	Ж	7%	3,6%	10,8%	7%	10,8%	60,7%
		М	0	0	0	15,4%	7,7%	76,9%
14	Я озадачена мыслями о жировых отложениях на моем теле.	Ж	28,6%	17,9%	14%	28,6%	3,6%	7%
		М	0	0	30,8%	30,8%	7,6%	30,8%
15	Прием пищи у меня занимает больше времени, чем у других.	Ж	3,6%	14%	17,9%	14%	22%	28,6%
		М	0	7,7%	0	15,4%	30,8%	46,1%
16	Я избегаю еду, содержащую сахар.	Ж	0	14%	10,8%	17,9%	32%	25%
		М	0	7,7%	15,4%	15,3%	30,8%	30,8%
17	Я употребляю диетические продукты.	Ж	0	10,8%	39%	32%	14%	3,6%
		М	0	7,7%	23,1%	38%	0	30,8%
18	Я испытываю ощущение того, что еда контролирует мою жизнь.	Ж	3,6%	10,8%	14%	14%	28,6%	28,6%
		М	0	15,4%	7,7%	0	0	76,9%
19	Я проявляю самоконтроль в отношении еды.	Ж	3,6%	28,6%	7%	35,7%	21%	3,6%
		М	0	30,8%	7,7%	30,8%	15,4%	15,3%

ПРИЛОЖЕНИЕ А
Окончание Таблицы 2

20	У меня есть ощущение того, что другие заставляют меня принимать пищу.	Ж	0	0	3,6%	7%	21%	67,9%
		М	0	0	0	0	7,7%	92,3%
21	Я уделяю слишком много времени еде и мыслям о ней.	Ж	7%	10,8%	10,8%	17,9%	32%	21,4%
		М	0	0	15,4%	7,7%	7,7%	69,2%
22	Я испытываю дискомфорт после употребления сладостей.	Ж	7%	7,1%	14%	39%	14%	17,9%
		М	0	0	15,4%	7,7%	0	76,9%
23	Я использую диеты.	Ж	7%	7%	17,9%	7%	32%	28,6%
		М	0	0	15,4%	7,7%	7,7%	69,2%
24	Я предпочитаю, чтобы мой желудок был пуст.	Ж	7%	3,6%	14%	21%	25%	28,6%
		М	0	0	0	23,1%	7,7%	69,2%
25	Я испытываю удовольствие от того, что пробую новые дорогие продукты.	Ж	3,6%	25%	25%	21%	14%	10,8%
		М	15,4%	15,4%	7,7%	23%	38,5%	0
26	Я испытываю побуждение вызвать у себя рвоту после еды.	Ж	0	3,6%	0	7%	14%	75%
		М	0	0	0	0	7,7%	92,3%

Таблица 3. — Результаты Шкалы оценки уровня удовлетворенности образом тела
О.А. Скугаревского

№	Респонденты женщины	Баллы	Уровень	№	Респонденты мужчины	Баллы	Уровень
1	И, 27	22	Высокий	1	Р, 31	34	Высокий
2	И, 25	45	Средний	2	О, 23	101	Низкий
3	Д, 23	76	Низкий	3	Д, 26	0	Высокий
4	А, 25	80	Низкий	4	А, 31	31	Высокий
5	А, 33	27	Высокий	5	М, 25	12	Высокий
6	Е, 24	124	Низкий	6	Н, 32	16	Высокий
7	М, 28	15	Высокий	7	В, 30	40	Высокий
8	В, 30	15	Высокий	8	А, 27	8	Высокий
9	О, 31	25	Высокий	9	А, 27	16	Высокий
10	К, 30	76	Низкий	10	Д, 24	43	Высокий
11	А, 25	54	Средний	11	Г, 29	13	Высокий
12	Е, 29	114	Низкий	12	Е, 28	118	Низкий
13	А, 33	48	Средний	13	Э, 31	75	Низкий
14	А, 30	40	Средний				
15	А, 24	46	Средний				
16	К, 30	11	Высокий				
17	М, 31	57	Средний				
18	И, 33	62	Средний				
19	А, 30	79	Низкий				
20	А, 24	70	Низкий				
21	К, 22	60	Средний				
22	К, 32	59	Средний				
23	А, 28	19	Высокий				
24	Е, 29	43	Средний				
25	А, 25	53	Средний				
26	М, 27	63	Средний				
27	И, 32	36	Средний				
28	Т, 33	62	Средний				

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Таблица 4. — Соотношение ответов среди мужчин и женщин по Шкале оценки уровня удовлетворенности образом тела О.А. Скугаревского

№	Сегмент	Пол	Ответы							Общее	
			0	1	2	3	4	5	6	Ж	М
1	Лицо	Ж	0%	10,71%	35,71%	21,43%	17,86%	17,86%	0%	5,60%	6,50%
		М	7,69%	30,77%	7,69%	23,08%	23,08%	0%	7,69%		
2	Глаза	Ж	53,57%	25%	3,57%	3,57%	3,57%	7,14%	7,14%	2,50%	4,20%
		М	61,55%	7,69%	7,69%	0%	0%	0%	23,09%		
3	Нос	Ж	39,29%	14,29%	17,86%	21,43%	3,57%	3,57%	3,57%	3,10%	4%
		М	38,47%	30,77%	0%	15,38%	7,69%	0%	7,70%		
4	Уши	Ж	64,29%	14,29%	3,57%	3,57%	3,57%	3,57%	10,71%	2,50%	2,80%
		М	76,93%	0%	7,69%	0%	0%	0%	15,39%		
5	Зубы	Ж	10,71%	14,29%	35,71%	14,29%	7,14%	21,43%	0%	4,80%	6,30%
		М	7,70%	15,38%	38,46%	23,08%	0%	7,69%	7,70%		
6	Челюсть	Ж	39,29%	14,29%	17,86%	14,29%	7,14%	7,14%	3,57%	3,10%	4%
		М	61,55%	7,69 %	0%	7,69%	7,69%	0%	15,39%		
7	Шея	Ж	42,86%	10,71%	25%	10,71%	7,14%	3,57%	3,57%	3%	5,30%
		М	46,16%	7,69 %	7,69%	0%	15,38%	7,69%	15,39%		
8	Грудная клетка	Ж	39,29%	17,86%	7,14%	21,43%	10,71%	3,57%	3,57%	3,20%	3,60%
		М	61,55%	0%	15,38%	0%	7,69%	15,38%	0,01%		
9	Грудь	Ж	10,71%	10,71%	14,29%	21,43%	25%	17,86%	3,57%	5,70%	4,20%
		М	30,78%	15,38%	30,77%	7,69%	15,38%	0%	0,01%		

ПРИЛОЖЕНИЕ А
Продолжение Таблицы 4

10	Спина	Ж	7,14%	10,71%	17,86%	25%	25%	10,71%	7,14%	5,80%	4%
		М	46,16%	7,69%	15,38%	15,38%	7,69%	7,69%	0,01%		
11	Живот	Ж	0%	10,71%	3,57%	3,57%	17,86%	32,14%	35,71%	8,70%	7,50%
		М	7,70%	30,77%	7,69%	7,69%	23,08%	7,69%	15,39%		
12	Руки	Ж	7,14%	7,14%	14,29%	10,71%	32,14%	17,86%	14,29%	6,70%	4,90%
		М	30,78%	7,69%	15,38%	38%	0%	7,69%	0,01%		
13	Кисть	Ж	60,71%	10,71%	14,29%	3,57%	7,14%	3,57%	3,57%	2,10%	3,50%
		М	54%	7,69%	23,08%	0%	0%	7,69%	7,70%		
14	Ягодицы	Ж	10,71%	10,71%	17,86%	14,29%	21,43%	14,29%	14,29%	6,10%	5%
		М	30,78%	23,08%	0%	30,77%	0%	7,69%	7,70%		
15	Газ	Ж	21,43%	17,86%	14,29%	10,71%	14,29%	14,29%	10,71%	5%	4,50%
		М	54%	7,69%	0%	15,38%	0%	15,38%	7,70%		
16	Бедро	Ж	7,14%	10,71%	17,86%	7,14%	25%	17,86%	17,86%	6,70%	5,50%
		М	38,47%	15,38%	0%	15,38%	7,69%	15,38%	7,70%		
17	Колени	Ж	28,57%	7,14%	14,29%	17,86%	17,86%	7,14%	10,71%	4,70%	4%
		М	54%	7,69%	7,69%	15%	0%	7,69%	7,70%		
18	Нога	Ж	14,29%	10,71%	25%	7,14%	21,43%	10,71%	14,29%	5,60%	4%
		М	61,55%	0%	7,69%	7,69%	7,69%	7,69%	7,70%		
19	Ступня	Ж	35,71%	25%	3,57%	14,29%	10,71%	10,71%	3,57%	3,60%	3,40%
		М	54%	15,38%	15,38%	0%	0%	7,69%	7,70%		
20	Кожа	Ж	10,71%	14,29%	21,43%	25%	21,43%	3,57%	7,14%	5,10%	6%
		М	15,39%	23,08%	15,38%	30,77%	0%	0%	15,39%		

ПРИЛОЖЕНИЕ А
Окончание Таблицы 4

21	Волосы	Ж	14,29%	28,57%	10,71%	17,86%	17,86%	10,71%	3,57%	4,50%	4%
		М	38,47%	38,46%	0%	7,69%	0%	0%	15,39%		
22	Рост	Ж	67,86%	14,29%	7,14%	7,14%	0%	0%	7,14%	1,70%	2,80%
		М	69,24%	15,38%	0%	0%	0%	0%	15,39%		

Таблица 5. — Результаты Опросника образа собственного тела

№	Респонденты женщины	Стенаны	Уровень	№	Респонденты мужчины	Стенаны	Уровень
1	И, 27	7	Средний	1	Р, 31	7	Средний
2	И, 25	6	Средний	2	О, 23	3	Высокий
3	Д, 23	9	Низкий	3	Д, 26	1	Высокий
4	А, 25	9	Низкий	4	А, 31	6	Высокий
5	А, 33	6	Высокий	5	М, 25	2	Высокий
6	Е, 24	5	Высокий	6	Н, 32	4	Высокий
7	М, 28	5	Высокий	7	В, 30	6	Средний
8	В, 30	6	Высокий	8	А, 27	2	Высокий
9	О, 31	5	Высокий	9	А, 27	5	Высокий
10	К, 30	7	Средний	10	Д, 24	4	Высокий
11	А, 25	9	Низкий	11	Г, 29	6	Средний
12	Е, 29	4	Высокий	12	Е, 28	2	Высокий
13	А, 33	7	Средний	13	Э, 31	7	Средний
14	А, 30	7	Средний				
15	А, 24	8	Низкий				
16	К, 30	3	Высокий				
17	М, 31	8	Средний				
18	И, 33	8	Низкий				
19	А, 30	9	Низкий				
20	А, 24	9	Низкий				
21	К, 22	9	Низкий				
22	К, 32	9	Низкий				
23	А, 28	4	Высокий				
24	Е, 29	8	Низкий				
25	А, 25	9	Низкий				
26	М, 27	9	Низкий				
27	И, 32	9	Низкий				
28	Г, 33	8	Средний				

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Таблица 6. — Соотношение ответов среди мужчин и женщин по Опроснику образа собственного тела

№	Вопрос	Пол	Всегда	Часто	Иногда	Никогда
1	Я не люблю смотреть на себя в зеркало.	Ж	0	21,4%	57,2%	21,4%
		М	0	0	38,5%	61,5%
2	Покупка одежды обращает мое внимание на то, как я выгляжу, и, поэтому, неприятна.	Ж	10,7%	21,4%	46,5%	21,4%
		М	0	0	30,8%	69,2%
3	Я не люблю, когда на меня обращено внимание окружающих.	Ж	7,1%	14,3%	57,2%	21,4%
		М	7,7%	0	38,5%	53,8%
4	Я избегаю ситуаций, в которых окружающие могут увидеть моё тело (например, посещение бассейна, пляжа и т. д.)	Ж	28,6%	10,7%	35,7%	25%
		М	0	15,4%	30,8%	53,8%
5	Я испытываю стыд за своё тело в присутствии определённых людей.	Ж	14,3%	28,6%	39,2%	17,9%
		М	0	0	38,5%	61,5%
6	Я не люблю своё тело.	Ж	7,10%	42,9%	25%	25%
		М	0	0	53,8%	46,1%
7	Мне кажется, что другие люди должны считать мое тело безобразным.	Ж	10,7%	28,6%	14,3%	46,4%
		М	0	0	23,1%	76,9%
8	Я чувствую, что друзья и члены моей семьи смущаются при взгляде на меня.	Ж	0	3,6%	21,4%	75%
		М	0	0%	23,1%	76,9%
9	Я сравниваю свое тело с другими для того, чтобы убедиться в том, что они полнее, чем я.	Ж	10,7%	21,4%	35,8%	32,1%
		М	0	7,7%	23,1%	69,2%

ПРИЛОЖЕНИЕ А
Окончание Таблицы 6

10	Мне сложно получать удовольствие от своей деятельности из-за того, что я испытываю неловкость в связи со своим внешним видом.	Ж	0	10,7%	39,3%	50%
		М	0	0	15,4%	84,6%
11	Я испытываю чувство вины в связи со своим весом.	Ж	10,7%	39,3%	28,6%	21,4%
		М	0	0	38,5%	61,5%
12	У меня есть негативные мысли, и я самокритичен в отношении своего тела и того, как я выгляжу.	Ж	21,4%	39,3%	39,3%	0
		М	0	7,7%	53,8%	38,5%
13	Мне трудно принимать комплименты по поводу того, как я выгляжу.	Ж	10,7%	32,1%	32,1%	25%
		М	7,7%	7,7%	30,8%	53,8%
14	Когда я смотрюсь в зеркало, то моё внимание сосредоточено преимущественно на тех частях тела, которые нуждаются в улучшении.	Ж	17,9%	39,2%	42,9%	0
		М	0	30,8%	46,1%	23,1%
15	Я чувствую себя униженным и/или подавленным в присутствии человека, который, по моему мнению, более привлекателен, чем я.	Ж	3,6%	21,4%	42,9%	32,1%
		М	0	0	0	100%
16	Я беспокоюсь о собственном весе.	Ж	39,3%	39,2%	17,9%	3,6%
		М	0	30,8%	46,1%	23,1%

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Таблица 7. — Результаты Методики исследования самооценки личности С.А. Будасси

№	Респонденты женщины	Баллы	Итог	Уровень	№	Респонденты мужчины	Баллы	Итог	Уровень
1	И, 27	0,7075	В/А	Низкий	1	Р, 31	0,701	В/А	Низкий
2	И, 25	0,409	С/А	Низкий	2	О, 23	0,452	С/А	Низкий
3	Д, 23	0,1465	С/А	Низкий	3	Д, 26	0,512	С/А	Низкий
4	А, 25	0,658	В/А	Низкий	4	А, 31	0,182	С/А	Низкий
5	А, 33	0,73	В/А	Низкий	5	М, 25	1	В/Н	Средний
6	Е, 24	0,54	С/А	Низкий	6	Н, 32	0,477	С/А	Низкий
7	М, 28	0,6085	В/А	Низкий	7	В, 30	0,6685	В/А	Низкий
8	В, 30	0,415	С/А	Низкий	8	А, 27	1	В/Н	Средний
9	О, 31	0,765	В/А	Низкий	9	А, 27	0,279	С/А	Низкий
10	К, 30	0,445	С/А	Низкий	10	Д, 24	0,357	С/А	Низкий
11	А, 25	0,7075	В/А	Низкий	11	Г, 29	1,01	В/Н	Средний
12	Е, 29	0,415	С/А	Низкий	12	Е, 28	0,44	С/А	Низкий
13	А, 33	0,364	С/А	Низкий	13	Э, 31	0,458	С/А	Низкий
14	А, 30	0,538	В/А	Низкий					
15	А, 24	0,298	С/А	Низкий					
16	К, 30	0,592	В/А	Низкий					
17	М, 31	0,33	С/А	Низкий					
18	И, 33	-0,098	Н/А	Низкий					
19	А, 30	0,162	С/А	Низкий					
20	А, 24	0,0175	С/А	Низкий					
21	К, 22	0,148	С/А	Низкий					
22	К, 32	0,4555	С/А	Низкий					
23	А, 28	0,676	В/А	Низкий					
24	Е, 29	0,526	В/А	Низкий					
25	А, 25	0,2875	С/А	Низкий					
26	М, 27	0,466	С/А	Низкий					
27	И, 32	-0,237	Н/А	Низкий					
28	Т, 33	0,492	С/А	Низкий					

Таблица 8. — Соотношение уровней самооценки среди мужчин и женщин по Методике исследования самооценки личности С.А. Будасси

Значение	Пол	Высокая адекватная	Высокая неадекватная	Средняя адекватная	Низкая адекватная	Низкая неадекватная
Адекватная самооценка	Ж	57,10%	0	35,70%	7,20%	0
	М	0	0	0	0	0
Завышенная самооценка	Ж	0	0	0	0	0
	М	15,40%	0	61,60%	0	0
Заниженная самооценка	Ж	0	23%	0	0	0
	М	0	0	0	0	0

Таблица 9. — Результаты Опросника для выявления уровня тревожности и депрессии К.К. Яхина, Д.М. Менделевича

№	Респонденты женщины	Баллы	Уровень Д	Баллы	Уровень Т	№	Респонденты мужчины	Баллы	Уровень Д	Баллы	Уровень Т
1	И, 27	-0,67	Средний	1,02	Средний	1	Р, 31	-10,23	Высокий	2,4	Низкий
2	И, 25	0,92	Средний	6,46	Низкий	2	О, 23	4,75	Низкий	8,29	Низкий
3	Д, 23	-6,4	Высокий	0,66	Средний	3	Д, 26	4,75	Низкий	2,77	Низкий
4	А, 25	-12,02	Высокий	-3,97	Высокий	4	А, 31	-4,65	Высокий	1,48	Низкий
5	А, 33	0,82	Средний	2,61	Низкий	5	М, 25	1,52	Низкий	2,63	Низкий
6	Е, 24	-7,61	Высокий	-8,89	Высокий	6	Н, 32	2,18	Низкий	3,22	Низкий
7	М, 28	-1,1	Средний	2,15	Низкий	7	В, 30	3,19	Низкий	6,68	Низкий
8	В, 30	-1,44	Высокий	4,96	Низкий	8	А, 27	3,16	Низкий	5,49	Низкий
9	О, 31	4,81	Низкий	6,1	Низкий	9	А, 27	-0,62	Средний	2,22	Низкий
10	К, 30	-8,32	Высокий	-9,13	Высокий	10	Д, 24	2,38	Низкий	2,12	Низкий
11	А, 25	-9,49	Высокий	-5,3	Высокий	11	Г, 29	2,02	Низкий	-1,66	Высокий
12	Е, 29	5,17	Низкий	4,95	Низкий	12	Е, 28	3,16	Низкий	3,61	Низкий
13	А, 33	-1	Средний	4,26	Низкий	13	Э, 31	-0,93	Средний	0,65	Средний
14	А, 30	-8,98	Высокий	-2,87	Высокий						
15	А, 24	-3,57	Высокий	-4,39	Высокий						
16	К, 30	-0,52	Средний	-8,03	Высокий						
17	М, 31	-2,71	Высокий	-0,79	Средний						

ПРИЛОЖЕНИЕ А
Окончание Таблицы 9

18	И, 33	-2,86	Высокий	4,54	Низкий						
19	А, 30	-3,75	Высокий	-0,47	Средний						
20	А, 24	-10	Высокий	-4,63	Высокий						
21	К, 22	-7,54	Высокий	0,23	Средний						
22	К, 32	-4,69	Высокий	0,27	Средний						
23	А, 28	-0,03	Средний	1,65	Низкий						
24	Е, 29	-5,58	Высокий	-3,53	Высокий						
25	А, 25	-10,19	Высокий	-5,13	Высокий						
26	М, 27	-8,31	Высокий	-10,49	Высокий						
27	И, 32	-11,52	Высокий	-8,08	Высокий						
28	Т, 33	4,2	Низкий	3,94	Низкий						

Таблица 10. — Соотношение уровней тревоги и депрессии по Опроснику для выявления уровня тревожности и депрессии К.К. Яхина, Д.М. Менделевича

Депрессия	Женщины	Мужчины	Тревога	Женщины	Мужчины
Низкий уровень	10,70%	69,20%	Низкий уровень	42,90%	84,60%
Средний уровень	25%	15,40%	Средний уровень	21,40%	7,70%
Высокий уровень	64,30%	15,40%	Высокий уровень	35,70%	7,70%

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Таблица 11. — Общие результаты проявленности признаков РПП у мужчин и женщин

№	Респонденты	ЕАТ-26		ШОУУОТ		УОСТ		СО		Депрессия		Тревога		Уровень РПП
		Балл	Уровень	Балл	Уровень	Балл	Уровень	Балл	Уровень	Балл	Уровень	Балл	Уровень	
1	И, 27	7	Н	22	В	7	С	0,7075	Н	-0,67	С	1,02	С	Средний
2	И, 25	4	Н	45	С	6	С	0,409	Н	0,92	С	6,46	Н	Средний
3	Д, 23	11	С	76	Н	9	Н	0,1465	Н	-6,4	В	0,66	С	Высокий
4	А, 25	30	В	80	Н	9	Н	0,658	Н	-12,02	В	-3,97	В	Высокий
5	А, 33	3	Н	27	В	6	В	0,73	Н	0,82	С	2,61	Н	Средний
6	Е, 24	20	В	124	Н	5	В	0,54	Н	-7,61	В	-8,89	В	Высокий
7	М, 28	3	Н	15	В	5	В	0,6085	Н	-1,1	С	2,15	Н	Средний
8	В, 30	14	С	15	В	6	В	0,415	Н	-1,44	В	4,96	Н	Средний
9	О, 31	0	Н	25	В	5	В	0,765	Н	4,81	Ни	6,1	Н	Низкий
10	К, 30	17	С	76	Н	7	С	0,445	Н	-8,32	В	-9,13	В	Высокий
11	А, 25	44	В	54	С	9	Н	0,7075	Н	-9,49	В	-5,3	В	Высокий
12	Е, 29	5	Н	114	Н	4	В	0,415	Н	5,17	Н	4,95	Н	Средний
13	А, 33	10	Н	48	С	7	С	0,364	Н	-1	С	4,26	Н	Средний
14	А, 30	11	С	40	С	7	С	0,538	Н	-8,98	В	-2,87	В	Высокий
15	А, 24	23	В	46	С	8	Н	0,298	Н	-3,57	В	-4,39	В	Высокий
16	К, 30	16	С	11	В	3	В	0,592	Н	-0,52	С	-8,03	В	Средний

ПРИЛОЖЕНИЕ А
Продолжение Таблицы 9

17	М, 31	5	Н	57	С	8	С	0,33	Н	-2,71	В	-0,79	С	Средний
18	И, 33	9	Н	62	С	8	Н	-0,098	Н	-2,86	В	4,54	Н	Средний
19	А, 30	10	Н	79	Н	9	Н	0,162	Н	-3,75	В	-0,47	С	Высокий
20	А, 24	34	В	70	Н	9	Н	0,0175	Н	-10	В	-4,63	В	Высокий
21	К, 22	26	В	60	С	9	Н	0,148	Н	-7,54	В	0,23	С	Высокий
22	К, 32	5	Н	59	С	9	Н	0,4555	Н	-4,69	В	0,27	С	Средний
23	А, 28	12	С	19	В	4	В	0,676	Н	-0,03	С	1,65	Н	Средний
24	Е, 29	12	С	43	С	8	Н	0,526	Н	-5,58	В	-3,53	В	Высокий
25	А, 25	25	В	53	С	9	Н	0,2875	Н	-10,19	В	-5,13	В	Высокий
26	М, 27	27	В	63	С	9	Н	0,466	Н	-8,31	В	-10,49	В	Высокий
27	И, 32	19	С	36	С	9	Н	-0,237	Н	-11,52	В	-8,08	В	Высокий
28	Т, 33	19	С	62	С	8	С	0,492	Н	4,2	Н	3,94	Н	Средний
29	Р, 31	4	Н	34	В	7	С	0,701	Н	-10,23	В	2,4	Н	Средний
30	О, 23	1	Н	101	Н	3	В	0,452	Н	4,75	Н	8,29	Н	Средний
31	Д, 26	9	Н	0	В	1	В	0,512	Н	4,75	Н	2,77	Н	Средний
32	А, 31	2	Н	31	В	6	В	0,182	Н	-4,65	В	1,48	Н	Средний
33	М, 25	2	Н	12	В	2	В	1	С	1,52	Н	2,63	Н	Средний
34	Н, 32	15	С	16	В	4	В	0,477	Н	2,18	Н	3,22	Н	Средний
35	В, 30	4	Н	40	В	6	С	0,6685	Н	3,19	Н	6,68	Н	Низкий
36	А, 27	0	Н	8	В	2	В	1	С	3,16	Н	5,49	Н	Средний
37	А, 27	6	Н	16	В	5	В	0,279	Н	-0,62	С	2,22	Н	Средний

ПРИЛОЖЕНИЕ А
Окончание Таблицы 9

38	Д, 24	2	Н	43	В	4	В	0,357	Н	2,38	Н	2,12	Н	Низкий
39	Г, 29	11	С	13	В	6	С	1,01	С	2,02	Н	-1,66	В	Средний
40	Е, 28	10	Н	118	Н	2	В	0,44	Н	3,16	Н	3,61	Н	Средний
41	Э, 31	16	С	75	Н	7	С	0,458	Н	-0,93	С	0,65	С	Средний

Н — низкий уровень; С — средний уровень, В — высокий уровень.

Таблица 12. — Уровни проявленности признаков РПП среди мужчин и женщин среднего возраста

Уровни	Уровни проявления признаков РПП	
	Женщины	Мужчины
Низкий уровень	3,6%	7,7%
Средний уровень	46,4%	92,3%
Высокий уровень	50%	0%

Протокол №1

Таблица 1. — Краткие сведения к Протоколу №1

Клиент (пол, возраст, семейное положение, данные о весе и росте)	Случай №1: Мужчина., 31 год. Женат, второй брак, есть ребенок (5 лет). Рост — 178, вес — 81, ИМТ — 25,6 (избыточная масса тела).
Образование, вид деятельности	Высшее, исполнитель в театре
Жалобы	Старается придерживаться плана питания, однако часто срывается, после чего испытывает вину за это. Часто сравнивает себя с коллегами по работе; есть много требований к себе как к мужу и отцу.
Запрос со слов клиента	Понять причину срывов; стабилизировать мотивацию к похудению; сократить количество сладкого в день.
План консультаций	<p>Всего проведено 10 консультаций (9 встреч по 1 часу, 1 сессия — 1,5 часа).</p> <p>Консультация №1: цель — собрать информацию, провести психоинформирования по теме, выбрать домашнее задание.</p> <p>Консультация №2: цель — корректировка питания, обучение СМЭР для формирования навыка отслеживания мыслей и эмоций.</p> <p>Консультация №3: цель — проведение оспаривания долженствования для формирования более гибкого убеждения.</p>

<p>План консультаций</p>	<p>Консультация №4: цель — корректировка питания, работа со снижением страха определенной еды для чего использовался поведенческий эксперимент.</p> <p>Консультация №5: цель — корректировка питания, обучение СМЭР для формирования навыка отслеживания мыслей и эмоций, оспаривание долженствования.</p> <p>Консультация №6: цель — подготовка и проведение поведенческого эксперимента на тему готовки еды, попробовать что-то новое.</p> <p>Консультация №7: цель — работа с разрешающими мыслями, приводящими к переяданию, с помощью СМЭР.</p> <p>Консультация №8: цель — коррекционная работа по налаживанию сна при помощи оспаривания мыслей, составление режима дня.</p> <p>Консультация №9: цель — формирование позитивного отношения к телу с помощью арт-терапевтической техники «Образ тела».</p> <p>Консультация №10: цель — получение обратной связи, составление дневника самопомощи.</p>
<p>Итоги работы</p>	<p>Клиент отметил, что стал увереннее в себе; снизился уровень тревоги; появилось желание пробовать что-то новое, экспериментировать; отношения в семье улучшились; сократилось количество «срывов».</p>

Консультация №2

П: Добрый день! Как ваше настроение?

К: Добрый день! Чувствую себя немного напряженно, но в целом нормально.

П: От 1 до 10, как бы оценили свое состояние, где 1 — мне очень плохо, 10 — я чувствую себя отлично?

К: На 7.

П: Отлично! Обсудим домашнее задание? Вы заметили что-то интересное в своем питании?

К: Да, я заметил, что у меня между обедом и ужином проходит больше 6 часов. Помню, вы говорили в прошлый раз. Что это может быть причиной переедания вечером.

П: И как, по вашему мнению, большие перерывы между приемами пищи влияют именно на вас?

К: Я съедаю больше и обязательно нужно чего-нибудь сладкого, так сказать, поставить финальную точку.

П: Удастся?

К: Нет, я потом подьедаю еще что-то, ближе так часам к 10–11.

П: Это важное наблюдение. Есть программа питания, разработанная консультантами по питанию, которая рассчитана на снижение приступов переедания. Рассказать подробнее?

К: Да.

П: Ее суть в том, что соблюсти закономерность — каждый прием пищи не позднее, чем через 2,5–3 часа. Суммарно — это шесть приемов (завтрак, обед, ужин и три перекуса). Готовы попробовать?

К: Да, но звучит так, словно еды будет много. Могу ли я начать с трех основных приемов и двух перекусов?

П: Да, это разумно. Какое время определим?

К: Я буду ориентироваться так — завтрак с 08:00 до 09:00, обед с 13:00 до 14:00, ужин с 18:00 до 19:00. А вот перекусы, я думаю, пусть пока будут в 11:00 и в 16:00.

П: Хорошо, тогда дневник вы продолжаете вести уже с учетом этих промежутков. Договорились. Вы сказали, что чувствуете себя напряженно, с чем это связано?

К: Возник конфликт с супругой, как раз хотел обсудить это сегодня с вами.

П: Поняла, тогда расскажите подробнее об этом.

К: (рассказывает)

П: Предлагаю нам разобрать эту ситуацию с помощью СМЭР, или ситуация, мысль, эмоция, реакции тела и поведение. Начертите на листочке таблицу из пяти столбцов. Далее мы будем ее заполнять.

(После заполнения)

П: Что для вас не справиться обязанностями мужа?

К: Это значит, что я не справляюсь как мужчина и моя жена может уйти от меня тогда.

П: И что тогда самого плохого может произойти?

К: Я останусь один, вот что. Это тяжело для меня.

П: Что тогда это будет говорить о вас?

К: Что я неудачник, слабак, беспомощный.

П: И что тогда нужно делать, чтобы этого не произошло? Каким нужно быть?

К: Я должен при любых обстоятельствах выполнять обязанности мужа, иначе все может закончиться разводом, и я останусь один.

П: Как думаете, имея такую мысль, что, скорее всего, вы будете чувствовать?

К: Да, беспомощность, страх и стыд. Понятно, откуда растут ноги.

П: Предлагаю на следующей встрече разобрать это убеждение поподробнее, согласны?

К: Да, да. Хочется, чтобы это не висело надо мной дамокловым мечом.

П: Тогда договорились. Будем завершаться. Как настроение от 1 до 10?

К: На 9 точно.

П: Это радует. Что сегодня было для вас полезно?

К: Дневник питания — это раз. Увидел вот эти закономерности. И мысль эта, вообще понимание, что она есть и чего я на самом деле боюсь. Спасибо!

П: Рада помочь! Удачи вам на этой неделе. До встречи!

Протокол №2

Клиент (пол, возраст, семейное положение, данные о весе и росте)	Случай №2: Женщина., 28 лет. Замужем, есть ребенок (2,5 года). Рост — 159, вес — 58, ИМТ — 22,9 (норма).
Образование, вид деятельности	Высшее, государственное учреждение, дизайнер (фриланс)
Жалобы	Осенью 2025 года диагностировали сахарный диабет MODY. Испытывает сильную тревогу из-за еды, часто «срывается», сложно следовать рекомендованному питанию, испытывает социальный дискомфорт.
Запрос со слов клиента	Снизить уровень тревоги; сократить количество «срывов»; принять себя с диагнозом; понять, как поддерживать мотивацию придерживаться плана питания.

<p>План консультаций</p>	<p>Всего было проведено 10 консультаций (8 встреч по 1 часа, 2 сессии по 1,5 часа).</p> <p>Консультация №1: цель — собрать информацию, провести психоинформирования по теме, выбрать домашнее задание.</p> <p>Консультация №2: цель — обучение СМЭР для формирования навыка отслеживания мыслей и эмоций; домашнее задание по составлению списка продуктов.</p> <p>Консультация №3: цель — выявление дисфункциональных убеждений и их оспаривание.</p> <p>Консультация №4: цель — выявление дисфункциональных убеждений и их оспаривание.</p> <p>Консультация №5: цель — психоинформирование на тему тревоги, работа с дисфункциональными убеждениями и когнитивными искажениями.</p> <p>Консультация №6: цель — обнаружение и ослабление воздействия триггеров тревоги для ее снижения.</p> <p>Консультация №7: цель — составление плана действий по поиску работы для снижения уровня тревоги на эту тему.</p> <p>Консультация №8: цель — сформировать образ будущего с помощью арт-терапевтической техники «Мой жизненный путь».</p> <p>Консультация №9: цель — формирование позитивного отношения к телу с помощью арт-терапевтической техники «Образ тела».</p> <p>Консультация №10: цель — получение обратной связи, составление дневника самопомощи.</p>
---------------------------------	---

Итоги работы	Клиент отметил, что психоэмоциональное состояние значительно улучшилось, что она связывает как с посещением консультации психологической, так и в целом со временем, которое ей потребовалось для адаптации с этим.
---------------------	---

Консультация №4

П: Добрый день! Как ваше самочувствие?

К: Здравствуйте! Неплохо.

П: От 1 до 10, как бы оценили свое состояние?

К: На5.

П: С связываете настроение на пятерочку?

К: Много мыслей в голове в последнее время. Вот как мы в прошлый раз говорили — катастрофизации много, да себя бывает корю.

П: Мы в прошлый раз работали со СМЭРи решили, что продолжим сегодня. Может быть на примере конкретной ситуации проиллюстрируете, как работают катастрофизация, как корите себя. Можем сразу по СМЭР заполнить.

К: Да, давайте. Я пробовала сама пару раз, мысли смогла обнаружить, а вот оспаривать их не всегда получалось.

П: Мы как раз сегодня и поработаем над этим, поэтому все в порядке. Это нормально, что сейчас не всегда получается. Еще четыре встречи назад вы даже и не знали, что мысли нужно выявлять и оспаривать.

К: Да, точно!

П: О чем это говорит тогда?

К: Что я еще учусь, это нормаль, что что-то пока не выходит. Главное, что я стараюсь.

П: Верно! А если вы стараетесь, то это что о вас говорит?

К: Я молодец!

П: Может еще что-то?

К: Что я справляюсь. По-своему, конечно, но справляюсь. Я не опустила руки и решила поработать с этим. Даже к вам обратилась.

П: Точно, и как сейчас воспринимаете тот факт, что не всегда получалось оспаривать мысли?

К: Нейтрально, наверное, я бы сказала, как часть пути.

П: И как вам с этим?

К: Ну, мне нужно это пройти, тут без вариантов!

П: Отличный настрой, тогда рассмотрим ситуацию?

К: Да!

(рассказывает ситуацию и параллельно заполняет СМЭР)

П: Получается мысль звучит так — «Уровень сахара в крови высокий, значит, я съела что-то не то. Если я не могу держать себя в руках и следовать плану питания, то я несдержанная и слабая».

К: Да, именно.

П: Какие чувства возникают, когда думаете эту мысль?

К: Злость, раздражение, ну и тревога.

П: Тогда какой вывод можно сделать?

К: Чем чаще я об этом думаю, тем больше злюсь и боюсь. Но я не помню, как тогда по-другому, ведь тут все по факту.

П: По шкале от 0% до 100%, насколько вы верите в эту мысль?

К: На 100%.

П: Давайте попробуем взглянуть на ситуацию с другой стороны. Когда вы выбирали блюдо, вы взяли то, что хотели, или то, что подходило под программу питания?

К: То, что подходит под программу, но хотелось мне чего-то другого.

П: Если вы выбрали то, что подходило под программу, и отказались от того, что хотелось, что это говорит о вас?

К: Наверное, что я могу все-таки держать себя в руках.

П: И тогда какая вы, если можете держать себя в руках?

К: Сильная и сдержанная получается.

П: Да, а что помогло вам в тот момент сделать этот выбор?

К: Я подумала о том, как важно для меня чувствовать себя хорошо и поддерживать здоровье.

П: Для чего вам это?

К: Чтобы больше времени проводить с семьей, чтобы у дочери была здоровая, насколько это возможно, мама. Чтобы жить полноценную жизнь, я бы так сказала.

П: Хорошо. Можно назвать это вашими ценностями?

К: Да, думаю, можно.

П: И что тогда эти ценности говорят о вас как о личности?

К: Что я взрослая, для меня важна семья, я любящая мать, мне безразличные мои близкие.

П: Можем ли мы записать это?

К: Копинг-карточка?

П: Да, точно!

(записывает)

П: Если взглянуть на мысль, что мы записали вначале, насколько вера в нее сейчас?

К: На 0%. Я сделала все, что могла. Мы говорили в прошлый раз, что сейчас я адаптируюсь под мое тело, тело под препараты. Поэтому, скорее всего, это было связано с действием лекарства, мы ведь только подбираем дозировку.

П: И несмотря на это, вы смогли нормализовать уровень сахара.

К: Да.

П: Что помогло?

К: Инструкция. Мы с лечащим врачом обговорили момент, что может быть такая реакция. Поэтому я просто поставила еще инсулина.

П: То есть вы знали, что делать в тот момент?

К: Да. Получается, что все было в моих руках. Сама себе помогла.

П: Верно. Хотите записать себе и это?

К: Да, пожалуй.

(записывает)

П: Наша встреча подходит к концу. Как настроение от 1 до 10?

К: На 9.

П: Отлично. Что сегодня было для вас полезно?

К: Еще раз поразбивать СМЭР и посмотреть на ситуацию под другим углом. Это было полезно, да. Спасибо!

П: Рада помочь! Отличной недели вам.

Протокол №3

Клиент (пол, возраст, семейное положение, данные о весе и росте)	Случай №3: Женщина, 29 лет. Не замужем, детей нет. Рост — 161, вес — 57, ИМТ — 22 (норма).
Образование, вид деятельности	Высшее, нет постоянного места работы
Жалобы	Употребляет много сладкого, что вызывает беспокойство. Были попытки придерживаться диеты, ходить в спортзал, но надолго мотивации не хватает. Два года назад была сильная тревога, работала с психологом и психиатром (диагностировали ГТР). На момент обращения чувствовала тревогу по поводу работы;

	<p>беспокоилась о том, что может наступить состояние хандры, что бывает достаточно часто и длится от недели до двух.</p>
<p>Запрос со слов клиента</p>	<p>Снизить уровень тревоги; понять причину апатичного состояния и научиться справляться с ним; сформировать более позитивное отношение к себе и своему телу.</p>
<p>План консультаций</p>	<p>Всего было проведено 10 консультаций (7 встреч по 1 часу, 3 сессии по 1,5 часа).</p> <p>Консультация №1: цель — собрать информацию, провести психоинформирования по теме, выбрать домашнее задание.</p> <p>Консультация №2: цель — составление режима дня и планирование поведенческой активации для стабилизации состояния.</p> <p>Консультация №3: цель — определение триггеров тревоги, выявление дисфункциональных убеждений и их оспаривание для ее снижения.</p> <p>Консультация №4: цель — выявление дисфункциональных убеждений и их оспаривание.</p> <p>Консультация №5: цель — повышение уровня адаптивных навыков с помощью сказкотерапевтических техник.</p> <p>Консультация №6: цель — повышение уровня адаптивных навыков с помощью сказкотерапевтических техник.</p> <p>Консультация №7: цель — коррекция пищевого поведения и поиск альтернативных способов справляться со стрессом.</p>

	<p>Консультация №8: цель — выявление и оспаривание разрешающих мыслей для сокращения количества переделаний.</p> <p>Консультация №9: цель — формирование позитивного отношения к телу с помощью арт-терапевтической техники «Образ тела».</p> <p>Консультация №10: цель — получение обратной связи, составление дневника самопомощи.</p>
Итоги работы	Отметим сокращение количества сладкого; появление энтузиазма и интереса к жизни; снижение уровня тревоги; повышение уверенности к себе.

Консультация №5

П: Добрый день! Как ваше самочувствие?

К: Хорошо, настроение отличное.

П: Рада это слышать. Мы договорились с вами на прошлой встрече, что сегодня порисуем, есть все необходимое?

К: Да, как обсуждали — краски, бумага, вода, кисточки.

П: Отлично! Прежде чем начать рисовать, нужно будет придумать героя сказки. Это может быть существующий персонаж или выдуманный. Хорошо?

К: Да, поняла.

П: Ваш герой будет путешествовать по мирам, мы переместим его из одной страны в другую, поэтому подумайте, кто бы это мог быть?

К: Алиса в Стране Чудес!

П: Хорошо. Давайте составим портрет вашей героини, и опишем те места, в которых она побывает.

(Клиент фиксирует возраст, качества, умения и навыки персонажа, дает характеристику его семьи; затем описывает место, где живет персонаж, и уда

попадет. Следующий этап – большой лист делится на две части: с одной стороны, рисуется пространство, где жила героиня, с другой — куда попала. Далее изображается сам персонаж. Клиенту предлагается придумать историю, как героиня оказалась в новом месте, что с ней приключилось).

Итак, ветер перемен принес Алису в новую страну. Пусть она осмотрится по сторонам. Что видно?

К: Ну, видно деревья, траву, небо, солнце, мир, видно мир.

П: Этот мир похож на тот, где раньше героиня была или чем-то отличается?

К: Есть какие-то общие черты, но всё равно трава другого цвета, деревья другой формы, птицы поют какие-то странные. Она раньше такого не слышала.

П: С какими явлениями природы героиня знакома, а какие она видит впервые?

(Клиент перечисляет)

П: Итак, что тогда получается?

К: Что часть мира знакома. Но непонятно тогда, как быть с той другой частью, которую она видит впервые.

П: И что тогда чувствует героиня по этому поводу?

К: Страх, тревогу. Еще что-то не могу понять. Когда сталкиваешься с чем-то новым.

П: Я могу предположить — может растерянность? Удивление?

К: Растерянность, да! Непонятно, что делать.

П: Что бы тогда помогло главной героине понять, что делать?

К: Ну, знания.

П: А знания, как можно получить?

К: Поизучать что-то, поисследовать.

П: Да, и чтобы что-то поизучать, поисследовать, что важно?

К: Какие-то умения, навыки.

П: Давайте посмотрим, какие мнения, навыки и качества, героиня взяла с собой в эту новую страну.

(Клиент перечисляет)

П: Это замечательные навыки! Как вы думаете, как их можно использовать в этом мире?

(Клиент перечисляет)

П: Чтобы использование этих навыков вам дало?

К: Понимание мира, чувство безопасности.

П: Может Алиса использовать эти умения и навыки уже сейчас?

К: Да, может. Даже хочет!

П: Что тогда меняется на рисунке? Героиня, место?

К: Я бы добавила больше еды. Яблони, груши. И людей вокруг нарисовала.

П: Как эти люди настроены по отношению к Алисе.

К: Они растеряны, но не агрессивны. Их тоже можно понять, свались что-то на голову. Может, опасное! Но я покажу им, что пришла с миром.

П: Как вы это сделаете?

К: Улыбнусь, помашу рукой, что-то скажу, типа «привет!».

П: Как они отреагируют?

К: Выдохнут, мол, нормально. Можно на контакт идти.

П: Как эти люди относятся к героине сейчас?

К: Позитивно, с интересом.

П: Жители этой страны, которые относятся к Алисе позитивно и с интересом, какого цвета?

К: Желтые!

П: Хорошо, тогда добавляйте на рисунок еду и желтых людей.

(Клиент рисует)

П: Как самочувствие?

К: Отлично! Радостно!

П: Хорошо, мы продолжим работать с этим рисунком и на следующей встрече, поэтому далеко его не убирайте.

К: Поняла. Тогда увидимся через неделю!

П: До встречи!

Протокол №4

Клиент (пол, возраст, семейное положение, данные о весе и росте)	Случай №:6 Женщина., 32 года. Не замужем, детей нет. Рост — 170, вес — 65, ИМТ — 22,5 (норма).
Образование, вид деятельности	Высшее, продажи
Жалобы	Употребляет много сладкого, часто переедает, особенно в вечернее время. Отсюда пугающие мысли о лишнем весе, высокий уровень критике к себе. Много тревоги в жизни.
Запрос со слов клиента	Сократить количество сладкого; понять причину тревоги и снизить ее уровень.
План консультаций	Всего было проведено 10 консультаций по 1 часу. Консультация №1: цель — собрать информацию, провести психоинформирования по теме, выбрать домашнее задание. Консультация №2: цель — психоинформирование по теме обращение к психиатру, обучение дневнику СМЭР для формирования навыка отслеживания мыслей и эмоций.

	<p>Консультация №3: цель — корректировка питания, обучение техникам саморегуляции для ситуативного снижения уровня тревоги.</p> <p>Консультация №4: цель — обнаружение триггеров тревоги; знакомство с когнитивными искажениями для дальнейшей работы над ее снижением.</p> <p>Консультация №5: цель — выявление дисфункциональных убеждений и их оспаривание.</p> <p>Консультация №6: цель — выявление дисфункциональных убеждений и их оспаривание.</p> <p>Консультация №7: цель — выявление дисфункциональных убеждений и их оспаривание; поиск альтернативных способов справлять со стрессом.</p> <p>Консультация №8: цель — психоинформирование по теме обращение к психиатру, выявление дисфункциональных убеждений и их оспаривание;</p> <p>Консультация №9: цель — обнаружение и ослабление воздействия триггеров тревоги для ее снижения.</p> <p>Консультация №10: цель — формирование образа безопасного пространства с помощью арт-техники, получение обратной связи, составление дневника самопомощи.</p>
Итоги работы	<p>Клиентка отметила, что для нее эти встречи были полезны в первую очередь тем, что она поняла причины тревоги, смогла найти инструменты по ее снижению.</p>

Консультация №5

П: Добрый день! Как ваше настроение?

К: Добрый день! Хорошо

П: От 1 до 10, как бы оценили свое настроение?

К: На 8.

П: Отлично! На прошлой встрече мы договорились поработать с убеждениями, которые нашли прошлый раз, возьмемся?

К: Да, давайте, как договаривались.

П: Тогда напомню, с чем работаем: первое убеждение — «Если клиент не подпишет договор, то это будет мой косяк, моя вина»; 2 убеждение — «Я не знаю, как заключить новый договор. Если не сделаю этого, то останусь без денег». Запишите.

К: Да, хорошо.

(записывает)

П: Насколько вы верите в первую мысль от 0% до 100%?

К: На 100%. Я думаю, что это моя вина. Хотя понимаю, что есть другие факторы.

П: И это нормально, наша задача с вами на сегодня — снизить веру в эту мысль. Поэтому сперва, давайте выпишем те факторы, которые могут влиять на то, подпишет клиент договор или нет.

(Вместе с консультантом выписывает варианты)

П: Хорошо. И давайте, все же для чистоты эксперимента, добавим пункт — сама что-то сделала не так.

К: Недостаточно постаралась.

П: Да, давайте так. И давайте каждому пункту назначим какой-то процент от 100.

(Записывает)

П: Как вы думаете, какой процент из «пирога» вы бы отдали себе сейчас?

К: Возможно, 30%? Но как будто это много.

П: А сколько процентов осталось?

К: Ой, точно! А сколько?

П: 10%.

К: Всего? Не может быть так мало.

П: Какая мысль возникла сейчас?

К: Я не верю, что так мало ответственности лежит на мне!

П: И что это для вас означает?

К: Что я переоценила свой вклад. Получается, от меня мало что зависит.

П: Что вы сейчас чувствуете?

К: Я думаю, что тогда останусь договоров вообще.

П: А это эмоция или мысль?

К: Мысль.

П: Да, когда вы ее думаете, какие эмоции возникают? Можете воспользоваться «колесом эмоций».

К: Тревога, беспокойство. О! и грусть.

П: Хорошо, о чем нам это говорит?

К: Что я не могу контролировать все? И что у каждого клиента есть свои причины для принятия решений. Тогда я вообще могу не сделать свою работу!

П: Эта мысль похожа на второе убеждение?

К: Да, точно!

П: Тогда захватим и его. А пока скажите, уже было такое? Что вы не выполняли свою работу?

К: Нет, я всегда все делаю.

П: Тогда что помогало вам в этом?

(Перечисляет рабочие задачи)

П: Хорошо, а какие ваши умения и навыки личные помогают выполнять работу?

(Перечисляет навыки и умения)

П: Тогда какие инструменты есть у вас в арсенале, чтобы договор был подписан?

(Составляет резюме по перечисленному)

П: Тогда получаете, что вы знаете, как заключать договора?

К: Да, получаются, что знаю.

П: Если вдруг, предположим, клиент откажется от услуги, что будете делать?

К: В этот день, конечно, погрющу, но на следующий пойду обзванивать «Горячую базу».

П: Если и это не сработает?

К: Я всегда рассчитываю заключение сделок так, чтобы на следующий месяц пришло с прошлого. Поэтому без зарплаты не останусь.

П: Это предусмотрительно. Что это говорит о вас?

К: Что я умею подстелить соломинку?

П: Да, а какое это качество?

К: Предусмотрительность?

П: Возможно, тогда обладая этим качеством вы какая?

К: Какая? Та, которая может обеспечить себе зарплату на месяц. Сильная и взрослая!

П: Отлично! Вернемся к клиентам и договору. Вот вы обзвонили по базе, но результата нет. Как долго вы сможете сидеть без дела?

К: О, нет! Недолго! Я пойду обращусь к коллегам за помощью или напишу знакомым.

П: Да! Что вам поможет продолжить искать, а не сидеть без дела?

К: Моя тревога!

П: Она, безусловно, мобилизует, это так. Может что-то еще?

К: Ну я ответственный сотрудник, поэтому ответственность.

П: Хорошо, запишем это в виде фразы?

К: Да.

(Записывает)

П: Хорошо, подскажите, насколько сейчас вера в первое убеждение?

К: На 30%. Не буду говорить на 0%, а то расслаблюсь.

П: Договорились, а вера во второе?

К: Вот тут на 0%, однозначно.

П: Тогда считаю, что с задачей на сегодня мы справились.

К: Да, это точно!

П: Будем завершаться. Как настроение от 1 до 10?

К: На 9.

П: Чудесно. Что сегодня было для вас полезно?

К: Разобрать эти мысли. Так стало понятней.

П: Это замечательно! Удачи вам на этой неделе. До встречи!

Таблица 1. — Результаты Опросника пищевых предпочтений (ЕАТ-26) среди экспериментальной группы до и после эксперимента

№	Участники эксперимента	До		После	
		Баллы	Уровень	Баллы	Уровень
Женщины					
1	К, 32	5	Низкий	4	Низкий
2	А, 28	12	Средний	10	Низкий
3	Е, 29	12	Средний	7	Низкий
4	А, 25	25	Высокий	19	Средний
5	М, 27	27	Высокий	19	Средний
6	И, 32	19	Средний	12	Средний
7	Т, 33	19	Средний	9	Низкий
Мужчины					
8	Э, 31	16	Средний	6	Низкий

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Таблица 2. — Соотношение ответов по Опроснику пищевых предпочтений (ЕАТ-26) (экспериментальная группа) среди экспериментальной группы женщин до и после эксперимента

№	Вопрос	Всегда		Обычно		Часто		Иногда		Редко		Никогда	
		До	После	До	После								
1	Я испытываю ужас при мысли об избыточном весе.	14,29%	0%	14,29%	14,29%	57,14%	28,57%	0%	42,86%	14,29%	14,29%	0%	0%
2	Я избегаю приема пищи, когда голодна.	0%	0%	0%	0%	0%	14,29%	28,57%	14,29%	28,57%	57,14%	42,86%	14,29%
3	Я считаю, что испытываю озабоченность по поводу еды.	42,86%	0%	0%	28,57%	42,86%	28,57%	14,29%	28,57%	0%	14,29%	0%	0%
4	У меня были эпизоды переедания, когда я чувствовала, что могу не остановиться.	14,29%	0%	14,29%	0%	0%	28,57%	28,57%	28,57%	14,29%	28,57%	28,57%	14,29%
5	Я разрезаю свою еду на маленькие кусочки.	0%	0%	0%	0%	0%	0,00%	28,57%	14,29%	14,29%	14,29%	57,14%	71,43%
6	Я знаю о количестве калорий в пище, которую я ем.	0%	14,29%	14,29%	0%	14,29%	0%	57,14%	57,14%	0%	14,29%	14,29%	14,29%
7	Я особенно избегаю пищи с большим содержанием углеводов (например: хлеб, рис, картофель).	0%	0%	0%	0%	28,57%	14,29%	28,57%	14,29%	14,29%	42,86%	28,57%	28,57%
8	Чувствую, что другие хотели бы, чтобы я ела больше.	0%	0%	0%	0%	0%	0%	28,57%	14,29%	28,57%	28,57%	42,86%	57,14%
9	У меня бывает рвота после того, как поем.	0%	0%	0%	0%	0%	0%	14,29%	14,29%	28,57%	0%	57,14%	85,71%
10	Я испытываю чрезмерную вину после еды.	0%	0%	0%	0%	14,29%	0%	42,86%	28,57%	28,57%	71,43%	14,29%	0%
11	Меня преследуют мысли о похудании.	57,14%	28,57%	14,29%	42,86%	14,29%	14,29%	14,29%	0%	0	14,29%	0%	0%
12	Я думаю о сгорании калорий при выполнении физических упражнений.	28,57%	0%	0%	28,57%	28,57%	0%	14,29%	0%	28,57%	71,43%	0%	0%

ПРИЛОЖЕНИЕ В
Окончание Таблицы 2

13	Другие люди думают о том, что я слишком худая.	0%	0%	14,29%	0%	0%	0%	0%	14,29%	14,29%	42,86%	71,43%	42,86%
14	Я озадачена мыслями о жировых отложениях на моем теле.	42,86%	0%	14,29%	14,29%	28,57%	57,14%	14,29%	14,29%	0%	14,29%	0%	0%
15	Прием пищи у меня занимает больше времени, чем у других.	0%	0%	0%	0%	14,29%	0%	0%	0%	42,86%	57,14%	42,86%	42,86%
16	Я избегаю еду, содержащую сахар.	0%	0%	14,29%	14,29%	14,29%	14,29%	28,57%	14,29%	14,29%	28,57%	28,57%	28,57%
17	Я употребляю диетические продукты.	0%	0%	0%	14,29%	42,86%	14,29%	28,57%	42,86%	14,29%	14,29%	14,29%	14,29%
18	Я испытываю ощущение того, что еда контролирует мою жизнь.	0%	0%	28,57%	14,29%	28,57%	14,29%	14,29%	42,86%	14,29%	14,29%	14,29%	14,29%
19	Я проявляю самоконтроль в отношении еды.	0%	0%	14,29%	0%	0%	28,57%	57,14%	42,86%	14,29%	14,29%	14,29%	14,29%
20	У меня есть ощущение того, что другие заставляют меня принимать пищу.	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	57,14%	28,57%	42,86%	71,43%
21	Я уделяю слишком много времени еде и мыслям о ней.	14,29%	0%	14,29%	14,29%	28,57%	42,86%	28,57%	28,57%	14,29%	14,29%	0%	0%
22	Я испытываю дискомфорт после употребления сладостей.	14,29%	14,29%	14,29%	14,29%	28,57%	14,29%	14,29%	42,86%	14,29%	14,29%	14,29%	0%
23	Я использую диеты.	14,29%	0%	0%	28,57%	42,86%	14,29%	0%	14,29%	28,57%	14,29%	14,29%	28,57%
24	Я предпочитаю, чтобы мой желудок был пуст.	0%	0%	0%	0%	14,29%	14,29%	28,57%	28,57%	14,29%	28,57%	42,86%	28,57%
25	Я испытываю удовольствие от того, что пробую новые дорогие продукты.	0%	14,29%	14,29%	0,00%	14,29%	28,57%	0%	28,57%	42,86%	14,29%	28,57%	14,29%
26	Я испытываю побуждение вызвать у себя рвоту после еды.	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	28,57%	14,29%	71,43%	85,71%

Таблица 3. — Соотношение ответов по Опроснику пищевых предпочтений (ЕАТ-26) (экспериментальная группа) среди экспериментальной группы мужчин до и после эксперимента

№	Вопрос	Всегда		Обычно		Часто		Иногда		Редко		Никогда	
		До	После	До	После	До	После	До	После	До	После	До	После
1	Я испытываю ужас при мысли об избыточном весе.	0%	0%		0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	100%
2	Я избегаю приема пищи, когда голодна.	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	100%	0%	0%
3	Я считаю, что испытываю озабоченность по поводу еды.	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	0%	0%	0%	0%
4	У меня были эпизоды переедания, когда я чувствовала, что могу не остановиться.	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%
5	Я разрезаю свою еду на маленькие кусочки.	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	100%	0%	0%	0%
6	Я знаю о количестве калорий в пище, которую я ем.	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%
7	Я особенно избегаю пищи с большим содержанием углеводов (например: хлеб, рис, картофель).	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	100%
8	Чувствую, что другие хотели бы, чтобы я ела больше.	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%
9	У меня бывает рвота после того, как поем.	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%
10	Я испытываю чрезмерную вину после еды.	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	100%
11	Меня преследуют мысли о похудании.	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%
12	Я думаю о сгорании калорий при выполнении физических упражнений.	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%
13	Другие люди думают о том, что я слишком худая.	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%
14	Я озадачена мыслями о жировых отложениях на моем теле.	0%	0%	0%	0%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
15	Прием пищи у меня занимает больше времени, чем у других.	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	100%
16	Я избегаю еду, содержащую сахар.	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%

ПРИЛОЖЕНИЕ В
Окончание Таблицы 3

17	Я употребляю диетические продукты.	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%
18	Я испытываю ощущение того, что еда контролирует мою жизнь.	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%
19	Я проявляю самоконтроль в отношении еды.	0%	0%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
20	У меня есть ощущение того, что другие заставляют меня принимать пищу.	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%
21	Я уделяю слишком много времени еде и мыслям о ней.	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
22	Я испытываю дискомфорт после употребления сладостей.	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%
23	Я использую диеты.	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%
24	Я предпочитаю, чтобы мой желудок был пуст.	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	0%	0%	0%	0%
25	Я испытываю удовольствие от того, что пробую новые дорогие продукты.	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	0%	0%	0%
26	Я испытываю побуждение вызвать у себя рвоту после еды.	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	100%

Таблица 4. — Результаты Шкалы оценки уровня удовлетворенности образом тела О.А. Скугаревского среди экспериментальной группы до и после эксперимента

№	Участники эксперимента	До		После	
		Баллы	Уровень	Баллы	Уровень
Женщины					
1	К, 32	59	Средний	47	Средний
2	А, 28	19	Низкий	10	Низкий
3	Е, 29	43	Средний	34	Низкий
4	А, 25	53	Средний	38	Средний
5	М, 27	63	Средний	41	Средний
6	И, 32	36	Средний	38	Средний
7	Т, 33	62	Средний	49	Средний
Мужчины					
8	Э, 31	75	Высокий	23	Низкий

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Таблица 5. — Соотношение ответов по Шкале оценки уровня удовлетворенности образом тела О.А. Скугаревского среди экспериментальной группы до и после эксперимента

№	Сегмент	Женщины		Мужчина	
		До (балл)	После(балл)	До(балл)	После(балл)
1	Лицо	20	11	4	0
2	Глаза	3	2	2	1
3	Нос	2	4	3	0
4	Уши	3	0	2	1
5	Зубы	16	10	2	1
6	Челюсть	13	10	3	1
7	Шея	6	4	4	1
8	Грудная клетка	6	9	5	1
9	Грудь	17	17	4	2
10	Спина	20	19	5	2
11	Живот	31	25	6	3
12	Руки	23	19	5	2
13	Кисть	5	5	2	0
14	Ягодицы	22	18	5	1
15	Таз	14	10	5	1
16	Бедро	29	19	5	1
17	Колени	21	15	2	2
18	Нога	26	16	4	0
19	Ступня	16	8	2	0
20	Кожа	26	18	3	1
21	Волосы	15	14	1	2
22	Рост	1	4	1	0

Таблица 6. — Результаты Опросника образа собственного тела среди экспериментальной группы до и после эксперимента

№	Участники эксперимента	До		После	
		Баллы / Стенайны	Уровень	Баллы / Стенайны	Уровень
Женщины					
1	К, 32	34 / 9	Высокий	20 / 8	Средний
2	А, 28	7 / 4	Низкий	5 / 4	Низкий
3	Е, 29	21 / 8	Высокий	16 / 7	Средний
4	А, 25	27 / 9	Высокий	20 / 8	Средний
5	М, 27	34 / 9	Высокий	23 / 8	Средний
6	И, 32	37 / 9	Высокий	22 / 8	Высокий
7	Т, 33	20 / 8	Средний	14 / 6	Средний
Мужчины					
8	Э, 31	16 / 7	Средний	11 / 4	Низкий

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Таблица 7. — Соотношение ответов по Опроснику образа собственного тела среди женщин экспериментальной группы до и после эксперимента

№	Вопросы	Всегда		Часто		Иногда		Никогда	
		До	После	До	После	До	После	До	После
1	Я не люблю смотреть на себя в зеркало.	0%	0%	28,57%	0%	42,86%	71,43%	28,57%	28,57%
2	Покупка одежды обращает мое внимание на то, как я выгляжу, и, поэтому, неприятна.	14,29%	0%	28,57%	71,43%	42,86%	0%	14,29%	28,57%
3	Я не люблю, когда на меня обращено внимание окружающих.	14,29%	0%	42,86%	42,86%	42,86%	42,86%	14,29%	14,29%
4	Я избегаю ситуаций, в которых окружающие могут увидеть моё тело (например, посещение бассейна, пляжа и т. д.)	42,86%	0%	14,29%	57,14%	14,29%	14,29%	29%	29%
5	Я испытываю стыд за своё тело в присутствии определённых людей.	28,57%	0%	28,57%	14,29%	28,57%	71,43%	14,29%	14,29%
6	Я не люблю своё тело.	0%	0%	57,14%	28,57%	43%	57%	0%	14%
7	Мне кажется, что другие люди должны считать мое тело безобразным.	14,29%	0%	57,14%	28,57%	14,29%	42,86%	14,29%	28,57%
8	Я чувствую, что друзья и члены моей семьи смущаются при взгляде на меня.	0%	0%	0%	0%	42,86%	28,57%	57%	71%
9	Я сравниваю свое тело с другими для того, чтобы убедиться в том, что они полнее, чем я.	0%	0%	71,43%	42,86%	14,29%	42,86%	14,29%	14,29%
10	Мне сложно получать удовольствие от своей деятельности из-за того, что я испытываю неловкость в связи со своим внешним видом.	0%	0%	14,29%	0%	57,14%	42,86%	29%	57%
11	Я испытываю чувство вины в связи со своим весом.	14,29%	0%	71,43%	14,29%	0%	71,43%	14,29%	14,29%

ПРИЛОЖЕНИЕ В
Окончание Таблицы 7

12	У меня есть негативные мысли, и я самокритичен в отношении своего тела и того, как я выгляжу.	42,86%	0%	42,86%	42,86%	14,29%	57,14%	0%	0%
13	Мне трудно принимать комплименты по поводу того, как я выгляжу.	0%	0%	42,86%	42,86%	42,86%	42,86%	14%	14%
14	Когда я смотрюсь в зеркало, то моё внимание сосредоточено преимущественно на тех частях тела, которые нуждаются в улучшении.	28,57%	0%	28,57%	42,86%	42,86%	57,14%	0%	0%
15	Я чувствую себя униженным и/или подавленным в присутствии человека, который, по моему мнению, более привлекателен, чем я.	0%	0%	28,57%	14,29%	42,86%	57,14%	28,57%	28,57%
16	Я беспокоюсь о собственном весе.	57,14%	14,29%	28,57%	71,43%	14,29%	14,29%	0%	0%

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Таблица 8. — Соотношение ответов по Опроснику образа собственного тела среди мужчин экспериментальной группы до и после эксперимента

№	Вопросы	Всегда		Часто		Иногда		Никогда	
		До	После	До	После	До	После	До	После
1	Я не люблю смотреть на себя в зеркало.	0%	0%	0%	0%	100,00%	0%	0%	100,00%
2	Покупка одежды обращает мое внимание на то, как я выгляжу, и, поэтому, неприятна.	0%	0%	0%	0%	100,00%	100%	0%	0%
3	Я не люблю, когда на меня обращено внимание окружающих.	0%	0%	0%	0%	100,00%	100,00%	0%	0%
4	Я избегаю ситуаций, в которых окружающие могут увидеть моё тело (например, посещение бассейна, пляжа и т. д.)	0%	0%	100,00%	0%	0%	100,00%	0%	0%
5	Я испытываю стыд за своё тело в присутствии определённых людей.	0%	0%	0%	0%	0%	100,00%	100,00%	0%
6	Я не люблю своё тело.	0%	0%	0%	0%	100%	100%	0%	0%
7	Мне кажется, что другие люди должны считать мое тело безобразным.	0%	0%	0%	0%	100,00%	100,00%	0%	0%
8	Я чувствую, что друзья и члены моей семьи смущаются при взгляде на меня.	0%	0%	0%	0%	100,00%	0%	0%	100%
9	Я сравниваю свое тело с другими для того, чтобы убедиться в том, что они полнее, чем я.	0%	0%	0%	0%	100,00%	0%	0%	100,00%
10	Мне сложно получать удовольствие от своей деятельности из-за того, что я испытываю неловкость в связи со своим внешним видом.	0%	0%	0%	0%	100,00%	0%	0%	100%
11	Я испытываю чувство вины в связи со своим весом.	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	100,00%
12	У меня есть негативные мысли, и я самокритичен в отношении своего тела и того, как я выгляжу.	0%	0%	0%	0%	100,00%	100,00%	0%	0%

ПРИЛОЖЕНИЕ В
Окончание Таблицы 8

13	Мне трудно принимать комплименты по поводу того, как я выгляжу.	0%	0%	0%	0%	100,00%	0%	0%	100%
14	Когда я смотрюсь в зеркало, то моё внимание сосредоточено преимущественно на тех частях тела, которые нуждаются в улучшении.	0%	0%	0%	100,00%	100,00%	0%	0%	0%
15	Я чувствую себя униженным и/или подавленным в присутствии человека, который, по моему мнению, более привлекателен, чем я.	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100,00%	100,00%
16	Я беспокоюсь о собственном весе.	0%	0%	100,00%	100,00%	0%	0,00%	0%	0%

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Таблица 9. — Результаты Методики исследования самооценки личности С.А. Будасси среди экспериментальной группы до и после эксперимента

№	Участники	До			После		
		Баллы	Уровень *СО	Уровень РПП	Баллы	Уровень СО	Уровень РПП
Женщины							
1	К, 32	0,4555	С/А	Низкий	0,50425	С/А	Низкий
2	А, 28	0,676	В/А	Низкий	0,6715	В/А	Низкий
3	Е, 29	0,526	В/А	Низкий	0,532	В/А	Низкий
4	А, 25	0,2875	С/А	Низкий	0,4	С/А	Низкий
5	М, 27	0,466	С/А	Низкий	0,502	С/А	Низкий
6	И, 32	-0,237	Н/А	Низкий	0,156	С/А	Низкий
7	Т, 33	0,492	С/А	Низкий	0,574	С/А	Низкий
Мужчины							
8	Э, 31	0,458	С/А	Низкий	0,51	С/А	Низкий

*СО — самооценка; В/А — высокая адекватная самооценка; С/А — средняя адекватная самооценка; Н/А — низкая адекватная самооценка.

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Таблица 10. — Соотношение уровней самооценки по Методике исследования самооценки личности С.А. Будасси среди экспериментальной группы до и после эксперимента

Значение	Пол	В/А		В/Н		С/А		Н/А		Н/Н	
		До	После	До	После	До	После	До	После	До	После
Адекватная самооценка	Ж	28,57%	28,57%	0%	0%	57,14%	71,43%	14,29%	0%	0%	0%
	М	0%	0%	0%	0%	100%	100%	0%	0%	0%	0%
Завышенная самооценка	Ж	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	М	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Заниженная самооценка	Ж	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	М	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

В/А — высокая адекватная самооценка; В/Н — высокая неадекватная самооценка; С/А — средняя адекватная самооценка; Н/А — низкая адекватная самооценка; Н/Н — низкая неадекватная самооценка.

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Таблица 11. — Результаты Опросника для выявления уровня тревожности и депрессии К.К. Яхина, Д.М. Менделевича среди экспериментальной группы до и после эксперимента

№	Участники	До				После			
		Баллы Д	Уровень Д	Баллы Т	Уровень Т	Баллы Д	Уровень Д	Баллы Т	Уровень Т
Женщины									
1	К, 32	-4,69	Высокий	0,27	Средний	-3,33	Высокий	0,47	Средний
2	А, 28	-0,03	Средний	1,65	Низкий	2,79	Низкий	4,67	Низкий
3	Е, 29	-5,58	Высокий	-3,53	Высокий	-0,2	Средний	0,12	Средний
4	А, 25	-10,19	Высокий	-5,13	Высокий	-1,22	Средний	-0,84	Средний
5	М, 27	-8,31	Высокий	-10,49	Высокий	-1,04	Средний	1,67	Низкий
6	И, 32	-11,52	Высокий	-8,08	Высокий	-6,35	Высокий	-3,93	Высокий
7	Т, 33	4,2	Низкий	3,94	Низкий	5,51	Низкий	5,15	Низкий
Мужчины									
8	Э, 31	-0,93	Средний	0,65	Средний	3,43	Низкий	4,49	Низкий

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Таблица 12. — Соотношение уровней тревоги и депрессии по Опроснику для выявления уровня тревожности и депрессии К.К. Яхина, Д.М. Менделевича среди экспериментальной группы до и после эксперимента

Уровни	Пол	Депрессия		Уровни	Тревога	
		До	После		До	После
Низкий уровень	Ж	14,29%	28,57%	Низкий уровень	28,57%	42,86%
	М	0%	100%		0%	100%
Средний уровень	Ж	14,29%	42,86%	Средний уровень	14,86%	42,86%
	М	100%	0%		100%	0%
Высокий уровень	Ж	71,43%	28,57%	Высокий уровень	57,14%	14,29%
	М	0%	0%		0%	0%

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Таблица 13. — Общие результаты по проявленности признаков РПП среди экспериментальной группы до и после эксперимента

Методики			Экспериментальная группа							
			1	2	3	4	5	6	7	8
			К, 32	А, 28	Е, 29	А, 25	М, 27	И, 32	Т, 33	Э, 31
ЕАТ-26	ДО	Баллы	5	12	12	25	27	19	19	16
		Уровень	Низкий	Средний	Средний	Высокий	Высокий	Средний	Средний	Средний
	ПОСЛЕ	Баллы	4	10	7	19	19	12	9	6
		Уровень	Низкий	Низкий	Низкий	Средний	Средний	Средний	Низкий	Низкий
Шкала оценки уровня удовлетворенности телом	ДО	Баллы	59	19	43	53	63	36	62	75
		Уровень	Средний	Низкий	Средний	Средний	Средний	Средний	Средний	Высокий
	ПОСЛЕ	Баллы	47	10	34	38	41	38	49	23
		Уровень	Средний	Низкий	Низкий	Средний	Средний	Средний	Средний	Низкий
Опросник образа собственного тела	ДО	Баллы	34	7	21	27	34	27	20	16
		Уровень	Высокий	Низкий	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий	Средний	Средний
	ПОСЛЕ	Баллы	20	5	16	20	23	22	14	11
		Уровень	Средний	Низкий	Средний	Средний	Средний	Высокий	Средний	Низкий
Методика исследования самооценки личности С.А. Будасси	ДО	Баллы	0,4555	0,676	0,526	0,2875	0,466	-0,237	0,492	0,458
		Уровень	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий
	ПОСЛЕ	Баллы	0,50425	0,6715	0,532	0,4	0,502	0,156	0,574	0,51
		Уровень	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий

ПРИЛОЖЕНИЕ В
Окончание Таблицы 13

Опроснику для выявления уровня депрессии К.К. Яхина, Д.М. Менделевича	ДО	Баллы	-4,69	-0,03	-5,58	-10,19	-8,31	-11,52	4,2	-0,93
		Уровень	Высокий	Средний	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий	Низкий	
	ПОСЛЕ	Баллы	-3,33	2,79	-0,2	-1,22	-1,04	-6,35	5,51	3,43
		Уровень	Высокий	Низкий	Средний	Средний	Средний	Высокий	Низкий	Низкий
Опроснику для выявления уровня тревожности К.К. Яхина, Д.М. Менделевича	ДО	Баллы	0,27	1,65	-3,53	-5,13	-10,49	-8,08	3,94	0,65
		Уровень	Средний	Низкий	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий	Низкий	Средний
	ПОСЛЕ	Баллы	0,47	4,67	0,12	-0,84	1,67	-3,93	5,15	4,49
		Уровень	Средний	Низкий	Средний	Средний	Низкий	Высокий	Низкий	Низкий
Уровень признаков РПП	ДО	Уровень	Средний	Средний	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий	Средний	Средний
	ПОСЛЕ	Уровень	Средний	Низкий	Средний	Средний	Средний	Высокий	Средний	Низкий

Таблица 14. — Уровни проявленности признаков РПП среди экспериментальной группы до и после эксперимента

Уровни	Пол	Уровни проявления признаков РПП	
		До	После
Низкий уровень	Ж	0%	14,29%
	М	0%	100%
Средний уровень	Ж	43%	71,43%
	М	100%	0%
Высокий уровень	Ж	57,14%	14,29%
	М	0%	0%

Таблица 15. — Расчет критерия Т при сопоставлении замеров уровня проявления РПП

№	Респонденты	До	После	Разность ($t_{до}-t_{после}$)	Абсолютное значение разности	Ранговый номер разности
1	К, 32	12	11	-1	1	2.5
2	А, 28	8	6	-2	2	4
3	Е, 29	14	9	-5	5	6.5
4	А, 25	15	11	-4	4	5
5	М, 27	15	10	-5	5	6.5
6	И, 32	14	14	0	0	1
7	Т, 33	9	8	-1	1	2.5
8	Э, 31	12	6	-6	6	8
		Сумма				36

Низкий уровень — 6

Средний уровень — 7–12

Высокий уровень — 13–19

Гипотезы.

H_0 : Показатели после проведения опыта меньше значений показателей до эксперимента.

H_1 : Показатели после проведения опыта превышают значения показателей до эксперимента.

Сумма по столбцу рангов равна $\sum=36$

Проверка правильности составления матрицы на основе исчисления контрольной суммы:

$$\sum x_{ij} = \frac{(1+n)n}{2} = \frac{(1+8)8}{2} = 36$$

Сумма по столбцу и контрольная сумма равны между собой, значит, ранжирование проведено правильно.

Теперь отметим те направления, которые являются нетипичными, в данном случае – положительными. В Таблице эти направления и соответствующие им ранги выделены цветом. Сумма рангов этих «редких» направлений составляет эмпирическое значение критерия Т:

$$T = \sum_{i=1}^n R_t = 1 = 1$$

По таблице Приложения находим критические значения для Т-критерия Вилкоксона для n=8:

$$T_{кр}=1 (p \leq 0.01)$$

$$T_{кр}=5 (p \leq 0.05)$$

Зона значимости в данном случае простирается влево, действительно, если бы "редких", в данном случае отрицательных, направлений не было совсем, то и сумма их рангов равнялась бы нулю.

В данном же случае эмпирическое значение Т попадает в зону значимости: $T_{эмп} < T_{кр}(0,01)$.

Гипотеза H_0 принимается. Показатели после эксперимента не превышают значения показателей до опыта.

Таблица 16. — Расчет критерия Т при сопоставлении замеров результатов Опросника пищевых предпочтений (ЕАТ-26)

№	Респонденты	До	После	Разность ($t_{до}-t_{после}$)	Абсолютное значение разности	Ранговый номер разности
1	К, 32	59	47	-12	12	4
2	А, 28	19	10	-9	9	2.5
3	Е, 29	43	34	-9	9	2.5
4	А, 25	53	38	-15	15	6
5	М, 27	63	41	-22	22	7
6	И, 32	36	38	2	2	1
7	Т, 33	62	49	-13	13	5
8	Э, 31	75	23	-52	52	8
		Сумма				36

Гипотезы.

H_0 : Показатели после проведения опыта меньше значений показателей до эксперимента.

H_1 : Показатели после проведения опыта превышают значения показателей до эксперимента.

Сумма по столбцу рангов равна $\sum=36$

Проверка правильности составления матрицы на основе исчисления контрольной суммы:

$$\sum x_{ij} = \frac{(1+n)n}{2} = \frac{(1+8)8}{2} = 36$$

Сумма по столбцу и контрольная сумма равны между собой, значит, ранжирование проведено правильно.

Теперь отметим те направления, которые являются нетипичными, в данном случае – положительными. В Таблице эти направления и соответствующие им

ранги выделены цветом. Сумма рангов этих «редких» направлений составляет эмпирическое значение критерия T:

$$T = \sum_{i=1}^n R_t = 1 = 1$$

По таблице Приложения находим критические значения для T-критерия Вилкоксона для n=8:

$$T_{кр}=1 (p \leq 0.01)$$

$$T_{кр}=5 (p \leq 0.05)$$

Зона значимости в данном случае простирается влево, действительно, если бы "редких", в данном случае отрицательных, направлений не было совсем, то и сумма их рангов равнялась бы нулю.

В данном же случае эмпирическое значение T попадает в зону значимости: $T_{эмп} < T_{кр}(0,01)$.

Гипотеза H_0 принимается. Показатели после эксперимента не превышают значения показателей до опыта.

Таблица 17. — Расчет критерия Т при сопоставлении замеров результатов Шкалы оценки уровня удовлетворенности образом тела О.А. Скугаревского

№	Респонденты	До	После	Разность (t _{до} -t _{после})	Абсолютное значение разности	Ранговый номер разности
1	К, 32	34	20	-14	14	8
2	А, 28	7	5	-2	2	1
3	Е, 29	21	16	-5	5	3
4	А, 25	27	20	-7	7	6
5	М, 27	34	23	-11	11	7
6	И, 32	27	22	-5	5	3
7	Т, 33	20	14	-6	6	5
8	Э, 31	16	11	-5	5	3
		Сумма				36

Гипотезы.

H₀: Показатели после проведения опыта меньше значений показателей до эксперимента.

H₁: Показатели после проведения опыта превышают значения показателей до эксперимента.

Сумма по столбцу рангов равна $\sum=36$

Проверка правильности составления матрицы на основе исчисления контрольной суммы:

$$\sum x_{ij} = \frac{(1+n)n}{2} = \frac{(1+8)8}{2} = 36$$

Сумма по столбцу и контрольная сумма равны между собой, значит, ранжирование проведено правильно.

Теперь отметим те направления, которые являются нетипичными, в данном случае – положительными. В Таблице эти направления и соответствующие им

ранги выделены цветом. Сумма рангов этих «редких» направлений составляет эмпирическое значение критерия T:

$$T = \sum_{i=1}^n R_t = 0$$

По таблице Приложения находим критические значения для T-критерия Вилкоксона для n=8:

$$T_{кр}=1 (p \leq 0.01)$$

$$T_{кр}=5 (p \leq 0.05)$$

Зона значимости в данном случае простирается влево, действительно, если бы "редких", в данном случае отрицательных, направлений не было совсем, то и сумма их рангов равнялась бы нулю.

В данном же случае эмпирическое значение T попадает в зону значимости: $T_{эмп} < T_{кр}(0,01)$.

Гипотеза H_0 принимается. Показатели после эксперимента не превышают значения показателей до опыта.

Таблица 18. — Расчет критерия Т при сопоставлении замеров результатов Опросника образа собственного тела

№	Респонденты	До	После	Разность ($t_{до}-t_{после}$)	Абсолютное значение разности	Ранговый номер разности
1	К, 32	34	20	-14	14	8
2	А, 28	7	5	-2	2	1
3	Е, 29	21	16	-5	5	3
4	А, 25	27	20	-7	7	6
5	М, 27	34	23	-11	11	7
6	И, 32	27	22	-5	5	3
7	Т, 33	20	14	-6	6	5
8	Э, 31	16	11	-5	5	3
		Сумма				36

Гипотезы.

H_0 : Показатели после проведения опыта меньше значений показателей до эксперимента.

H_1 : Показатели после проведения опыта превышают значения показателей до эксперимента.

Сумма по столбцу рангов равна $\sum=36$

Проверка правильности составления матрицы на основе исчисления контрольной суммы:

$$\sum x_{ij} = \frac{(1+n)n}{2} = \frac{(1+8)8}{2} = 36$$

Сумма по столбцу и контрольная сумма равны между собой, значит, ранжирование проведено правильно.

Теперь отметим те направления, которые являются нетипичными, в данном случае – положительными. В Таблице эти направления и соответствующие им

ранги выделены цветом. Сумма рангов этих «редких» направлений составляет эмпирическое значение критерия T:

$$T = \sum_{i=1}^n R_t = 0$$

По таблице Приложения находим критические значения для T-критерия Вилкоксона для n=8:

$$T_{кр}=1 (p \leq 0.01)$$

$$T_{кр}=5 (p \leq 0.05)$$

Зона значимости в данном случае простирается влево, действительно, если бы "редких", в данном случае отрицательных, направлений не было совсем, то и сумма их рангов равнялась бы нулю.

В данном же случае эмпирическое значение T попадает в зону значимости: $T_{эмп} < T_{кр}(0,01)$.

Гипотеза H_0 принимается. Показатели после эксперимента не превышают значения показателей до опыта.

Таблица 19. — Расчет критерия Т при сопоставлении замеров результатов Методики исследования самооценки личности С.А. Будасси

№	Респонденты	До	После	Разность (t _{до} -t _{после})	Абсолютное значение разности	Ранговый номер разности
1	К, 32	0.4555	0.50425	0.04875	0.04875	4
2	А, 28	0.676	0.6715	-0.004500000000000001	0.004500000000000001	1
3	Е, 29	0.526	0.532	0.006	0.006	2
4	А, 25	0.2875	0.4	0.1125	0.1125	7
5	М, 27	0.466	0.502	0.036	0.036	3
6	И, 32	-0.237	0.156	0.393	0.393	8
7	Т, 33	0.492	0.574	0.082	0.082	6
8	Э, 31	0.458	0.51	0.052	0.052	5
		Сумма				36
		а				

Гипотезы.

H₀: Показатели после проведения опыта меньше значений показателей до эксперимента.

H₁: Показатели после проведения опыта превышают значения показателей до эксперимента.

Сумма по столбцу рангов равна $\sum=36$

Проверка правильности составления матрицы на основе исчисления контрольной суммы:

$$\sum x_{ij} = \frac{(1+n)n}{2} = \frac{(1+8)8}{2} = 36$$

Сумма по столбцу и контрольная сумма равны между собой, значит, ранжирование проведено правильно.

Теперь отметим те сдвиги, которые являются нетипичными, в данном случае – отрицательными. В Таблице эти сдвиги и соответствующие им ранги выделены цветом. Сумма рангов этих «редких» сдвигов составляет эмпирическое значение критерия Т:

$$T = \sum_{i=1}^n R_t = 1 = 1$$

По таблице Приложения находим критические значения для Т-критерия Вилкоксона для n=8:

$$T_{кр}=1 (p \leq 0.01)$$

$$T_{кр}=5 (p \leq 0.05)$$

Зона значимости в данном случае простирается влево, действительно, если бы "редких", в данном случае отрицательных, сдвигов не было совсем, то и сумма их рангов равнялась бы нулю.

В данном же случае эмпирическое значение Т попадает в зону значимости: $T_{эмп} < T_{кр}(0,01)$.

Гипотеза H_0 принимается. Интенсивность отрицательного сдвига показателя превышает интенсивность положительного сдвига.

Таблица 20. — Расчет критерия Т при сопоставлении замеров результатов Опросника для выявления уровня тревожности и депрессии К.К. Яхина, Д.М. Менделевича (Депрессия)

№	Респонденты	До	После	Разность ($t_{до}-t_{после}$)	Абсолютное значение разности	Ранговый номер разности
1	К, 32	-4.69	-3.33	1.36	1.36	2
2	А, 28	-0.03	2.79	2.82	2.82	3
3	Е, 29	-5.58	-0.2	5.38	5.38	6
4	А, 25	-10.19	-1.22	8.97	8.97	8
5	М, 27	-8.31	-1.04	7.27	7.27	7
6	И, 32	-11.52	-6.35	5.17	5.17	5
7	Т, 33	4.2	5.51	1.31	1.31	1
8	Э, 31	-0.93	3.43	4.36	4.36	4
		Сумма				36

Гипотезы.

H_0 : Показатели после проведения опыта меньше значений показателей до эксперимента.

H_1 : Показатели после проведения опыта превышают значения показателей до эксперимента.

Сумма по столбцу рангов равна $\sum=36$

Проверка правильности составления матрицы на основе исчисления контрольной суммы:

$$\sum x_{ij} = \frac{(1+n)n}{2} = \frac{(1+8)8}{2} = 36$$

Сумма по столбцу и контрольная сумма равны между собой, значит, ранжирование проведено правильно.

Теперь отметим те сдвиги, которые являются нетипичными, в данном случае – отрицательными. В Таблице эти сдвиги и соответствующие им ранги выделены цветом. Сумма рангов этих «редких» сдвигов составляет эмпирическое значение критерия Т:

$$T = \sum_{i=1}^n R_t = 0$$

По таблице Приложения находим критические значения для Т-критерия Вилкоксона для n=8:

$$T_{кр}=1 (p \leq 0.01)$$

$$T_{кр}=5 (p \leq 0.05)$$

Зона значимости в данном случае простирается влево, действительно, если бы "редких", в данном случае отрицательных, сдвигов не было совсем, то и сумма их рангов равнялась бы нулю.

В данном же случае эмпирическое значение Т попадает в зону значимости: $T_{эмп} < T_{кр}(0,01)$.

Гипотеза H_0 принимается. Интенсивность отрицательного сдвига показателя превышает интенсивность положительного сдвига.

Таблица 21. — Расчет критерия Т при сопоставлении замеров результатов Опросника для выявления уровня тревожности и депрессии К.К. Яхина, Д.М. Менделевича (Тревога)

№	Респонденты	До	После	Разность ($t_{до}-t_{после}$)	Абсолютное значение разности	Ранговый номер разности
1	К, 32	0.27	0.47	0.2	0.2	1
2	А, 28	1.65	4.67	3.02	3.02	3
3	Е, 29	-3.53	0.12	3.65	3.65	4
4	А, 25	-5.13	-0.84	4.29	4.29	7
5	М, 27	-10.49	1.67	12.16	12.16	8
6	И, 32	-8.08	-3.93	4.15	4.15	6
7	Т, 33	3.94	5.15	1.21	1.21	2
8	Э, 31	0.65	4.49	3.84	3.84	5
		Сумма				36

Гипотезы.

H_0 : Показатели после проведения опыта меньше значений показателей до эксперимента.

H_1 : Показатели после проведения опыта превышают значения показателей до эксперимента.

Сумма по столбцу рангов равна $\sum=36$

Проверка правильности составления матрицы на основе исчисления контрольной суммы:

$$\sum x_{ij} = \frac{(1+n)n}{2} = \frac{(1+8)8}{2} = 36$$

Сумма по столбцу и контрольная сумма равны между собой, значит, ранжирование проведено правильно.

Теперь отметим те сдвиги, которые являются нетипичными, в данном случае – отрицательными. В Таблице эти сдвиги и соответствующие им ранги выделены цветом. Сумма рангов этих «редких» сдвигов составляет эмпирическое значение критерия Т:

$$T = \sum_{i=1}^n R_t = 0$$

По таблице Приложения находим критические значения для Т-критерия Вилкоксона для n=8:

$$T_{кр}=1 (p \leq 0.01)$$

$$T_{кр}=5 (p \leq 0.05)$$

Зона значимости в данном случае простирается влево, действительно, если бы "редких", в данном случае отрицательных, сдвигов не было совсем, то и сумма их рангов равнялась бы нулю.

В данном же случае эмпирическое значение Т попадает в зону значимости: $T_{эмп} < T_{кр}(0,01)$.

Гипотеза H_0 принимается. Интенсивность отрицательного сдвига показателя превышает интенсивность положительного сдвига.