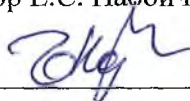


федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения российской федерации
(ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России)
Факультет психолого-социальной работы и высшего сестринского образования
кафедра клинической психологии

Допустить к защите:
Зав. кафедрой клинической психологии
д.пс.н., профессор Е.С. Набойченко



ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И КОММУНИКАТИВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ С АНОРЕКСИЕЙ

Автор работы,
студент группы ОКП-601
Вручинская Александра Сергеевна

Руководитель работы,
д.пс.н., профессор
Жукова Н.В.

Рецензент,
д.пс.н., профессор
Набойченко Е.С.

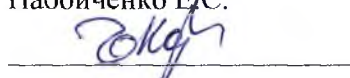
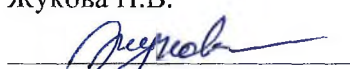
СПЕЦИАЛЬНОСТЬ:

37.05.01 - Клиническая психология

КВАЛИФИКАЦИЯ: клинический психолог

Дата защиты: 1 апреля 2018

Оценка: хорошо



СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4- 7
1. Теоретические аспекты изучения проблемы эмоциональных и коммуникативных характеристик личности подростков с анорексией.....	8
1.1. Представление об анорексии.....	8-12
1.2. Особенности личности подростков с анорексией.....	12– 14
1.3. Влияние семейных взаимоотношений на эмоциональные и коммуникативные характеристики личности подростков с анорексией.....	14-19
2. Эмпирическое исследование эмоциональных и коммуникативных характеристик личности подростков группы популяционной нормы здоровья и группы пациенток с анорексией.....	20
2.1. Описание выборки и методов исследования.....	20-27
2.2. Результаты эмпирического исследования эмоциональных и коммуникативных характеристик личности подростков группы популяционной нормы здоровья и группы пациенток с анорексией.....	28– 36
3. Психотерапия в работе с пациентами, страдающими анорексией.....	37
3.1. Направления психотерапии в работе с пациентами, страдающими анорексией.....	37–41
3.2. Рекомендации для клинического психолога по работе с подростками и взрослыми, сопровождающими их воспитание по профилактике отклонений в пищевом поведении.....	41- 46
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	47- 49
Список использованных источников.....	50- 52
Приложение 1 Показатели описательной статистики у группы популяционной нормы здоровья.....	53- 55
Приложение 2 Показатели описательной статистики у группы пациенток с анорексией.....	56- 58

Приложение 3 Показатели по критерию Шапиро – Уилка в группе популяционной нормы здоровья.....	59
Приложение 4 Показатели по критерию Манна – Уитни в группе популяционной нормы здоровья и в группе пациенток с анорексией.....	60

ВВЕДЕНИЕ

Тема выпускной квалификационной работы – «Эмоциональные и коммуникативные характеристики личности подростков с анорексией».

Нервная анорексия - заболевание, являющееся следствием нарушения пищевого поведения человека и представляющее собой сознательное ограничение в приёме пищи, вплоть до полного отказа от неё, для того, чтобы похудеть. Данное заболевание встречается, в основном, в подростковом возрасте (12 – 15 лет) и подвержены ему в большинстве случаев девочки–подростки, поскольку в подростковом возрасте девочки больше начинают задумываться о своей внешности, сравнивают себя со своими подругами и знакомыми, пытаются походить на своих кумиров (актрисы, певицы, модели и т.п.).

У мальчиков это заболевание встречается гораздо реже.

Нервная анорексия является опасной для жизни, поскольку может повлечь летальный исход, в основном, от осложнений (например, сердечно–сосудистая недостаточность, необратимые изменения жизненно важных органов).

Актуальность моей работы обусловлена тем, что внимание в ней акцентируется на таких личностных характеристиках девушек–подростков с анорексией, как эмоциональные и коммуникативные, которые являются важными для развития в подростковом возрасте, когда подростки ещё не в состоянии, в силу недостаточности общих знаний, отсутствия жизненного опыта, правильно оценить своё поведение и, тем более, возможные негативные последствия в виде постепенного изменения своего психологического отношения к отказу от употребления пищи, перерастающего в зависимость от желания стать на кого-то похожей или избежать отрицательных оценок своей внешности со стороны окружающих, не замечая, как это желание перерастает в болезнь.

Эмоциональные и коммуникативные характеристики опосредуют как нормальное развитие личности, так и аномальное пищевое поведение.

Вполне объяснимым является то обстоятельство, что у подростков с анорексией эмоциональная и коммуникативная сферы сосредоточены вокруг болезни (этим они ничем в психологическом плане не отличаются от других людей, страдающих различными хроническими заболеваниями).

У подростков, которые не страдают нарушениями пищевого поведения, эмоциональная и коммуникативная сферы развиваются в соответствии с нормами развития. Они сосредоточены на общении со сверстниками по самым различным темам и вопросам, присущим их возрасту и развитию с учётом окружающей их среды и интересов, переживая при этом разнообразные эмоциональные реакции.

Проблема эмоциональных и коммуникативных характеристик личности подростков с анорексией состоит в том что, как указывалось выше, у таких подростков реакция на воздействие внутренних и внешних раздражителей (эмоции) и общение в итоге подчинены анорексии, они не могут переключить своё внимание с болезни, отвлечься от неё на что-то другое, фактически подчиняя свою жизнь этому заболеванию, и, как следствие, оно для них превращается в определённую «ценность», которую они, в силу своих подвергшихся изменению психологических качеств, своеобразно «хранят» и «оберегают».

Объект выпускной квалификационной работы – характеристики личности подростков с анорексией.

Предмет – эмоциональные и коммуникативные характеристики личности подростков с анорексией.

Цель – рассмотреть эмоциональные и коммуникативные характеристики личности подростков с анорексией.

Для достижения цели были выделены следующие задачи:

1) проанализировать научные источники по проблеме личностных характеристик подростков с анорексией;

2) рассмотреть эмоциональные и коммуникативные характеристики личности подростков с анорексией;

3) разработать рекомендации к работе с пациентами, страдающими анорексией;

4) сравнить эмоциональные и коммуникативные характеристики личности подростков между группой популяционной нормы здоровья и группой пациенток с анорексией.

Гипотеза: существуют различия между группой популяционной нормы здоровья и группой пациенток с анорексией в эмоциональных и коммуникативных характеристиках.

Теоретико - методологическая база исследования:

- представление об анорексии (И.Г. Малкина - Пых, М.В. Коркина, В.В. Марилов);

- особенности личности подростков с анорексией (Г.В. Старшенбаум);

- эмоциональные характеристики личности подростков с анорексией (В.В. Марилов, М.С. Артемьева, А.Е. Брюхин, М.А. Цивилько, Д.Н. Исаев);

- представления о коммуникативных характеристиках личности подростков с анорексией (И.Г. Малкина - Пых, С. Минухин, Ч. Фишман, В. Вандерэйкен, Р. Мирман);

- различные направления психотерапии в работе с пациентами, страдающими анорексией (когнитивно - поведенческий подход, психоанализ, гештальт - подход, семейное консультирование);

- описание рекомендаций для клинического психолога по работе с подростками и взрослыми, сопровождающими их воспитание по профилактике отклонений в пищевом поведении.

В работе использовались совокупность теоретических и эмпирических методов исследования, методы теоретического анализа и синтез научной литературы по проблеме исследования.

Количественный анализ полученных данных осуществлялся с помощью методов математической статистики.

Используемые методики:

- методика Ч.Д. Спилбергера на выявление личностной и ситуативной тревожности (адаптирована Ю.Л. Ханиным);
- методика К. Томаса «Определение доминирующего стиля поведения личности в конфликтных ситуациях»;
- патохарактерологический диагностический опросник для подростков (А.Е. Личко).

Эмпирическая база исследования.

В исследовании приняли участие школьники, обучающиеся в ЧОУ «Школа «Согласие», в возрасте до 13 лет ($n = 20$) и пациенты, находящиеся на лечении в Свердловской областной клинической психиатрической больнице, с диагнозом нервная анорексия, в возрасте до 15 лет ($n=2$).

Теоретическая значимость заключается в том, что эмоциональные и коммуникативные характеристики личности подростков с анорексией влияют на развитие данного заболевания и на возможность излечения (достижения положительного результата).

В свою очередь на эмоциональные и коммуникативные характеристики влияют и взаимоотношения в семье. Очень часто нездоровые семейные взаимоотношения являются ключевым моментом для развития нервной анорексии у подростков.

Практическая значимость работы заключается в исследовании коммуникативных и эмоциональных характеристик данных подростков, которые помогут выявить слабые места в их взаимоотношениях с близкими.

Исходя из определения типа акцентуации характера, который присущ тому или иному подростку, возможно, разработать стратегию психотерапии для успешного лечения, а также скорректировать субъективные характеристики подростков, для достижения положительного результата проводимого лечения.

I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И КОММУНИКАТИВНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ С АНОРЕКСИЕЙ

1.1. Представление об анорексии

При нервной анорексии поведение больных направлено на процесс похудения. У пациентов наблюдается своеобразное отношение к еде, потеря веса, страх прибавить в весе, нарушение схемы тела, у женщин – аменорея. Это заболевание может протекать без ремиссий.

Диагностика нервной анорексии включает в себя такие клинические признаки как:

- отказ поддерживать массу тела на минимальном уровне с учётом возраста и пола;
- выраженный страх перед увеличением массы или объёма тела, несмотря на худобу;
- нарушения в восприятии собственной фигуры и массы тела;
- у женщин аменорея в течение трёх последовательных циклов.

При диагностике нервной анорексии необходимо обращать внимание на следующие факторы:

- на снижение веса (возможно, в его динамике);
- на причины потери веса (к которым следует отнести - избегание пищи, которая «полнит»; применение таких способов как вызывание рвоты, приём слабительных, чрезмерные гимнастические упражнения, использование средств, подавляющих аппетит и т.п);
- на возможное искажение образа тела (его внешнего облика);
- на общее эндокринное расстройство, проявляющееся у женщин аменореей, а у мужчин - потерей полового влечения и потенции;
- на задержку проявления пубертатного периода или даже на его отсутствие.

Это подтверждается исследованиями И.Г. Малкиной-Пых о том, «что при нервной анорексии поведение больных направлено на процесс похудения. У них формируется своеобразное отношение к пище, наблюдается потеря веса и страх его прибавления, нарушается схема тела»[9].

В настоящее время нервная анорексия в большинстве случаев не вызывает диагностических споров.

Определённые сложности при её диагностировании могут возникнуть при отсутствии достаточных анамнестических данных (объективный признак) или при отсутствии взаимного доверия между врачом и больной (субъективный признак).

При этом во время проведения обследования необходимо исключить соматические заболевания, которые могут являться причиной потери веса.

Выделяют два вида анорексии:

- *истинную*, когда больная на самом деле не ощущает чувства голода;
- *ложную*, больная испытывает чувство голода, но намеренно не принимает пищу, стремясь таким образом изменить фигуру (внешность).

Существуют также люди, которые не могут долго голодать. Пережив определённый период времени без пищи и вновь начиная принимать её, они переедают, затем начинают заниматься различными очистительными процедурами, например, вызывают рвоту.

Отсюда выделяют «ограничительный» и «очистительный» тип нервной анорексии, хотя различий между ними не приводится.

Для правильного диагностирования важен ответ на вопрос о течении анорексии.

По мнению М.В. Коркиной и В.В. Марилова течение анорексии можно разделить на такие стадии:

Дисморфофобическая (инициальная) стадия – у больной появляются мысли о своей чрезмерной полноте, в связи с этим возникает боязнь насмешек со стороны сверстников (особенно) или взрослых. Это влечёт понижение настроения, появляется мнительность об «особенном» внимании со стороны окружающих, их «оценке» её внешности. Больные стараются или меньше есть, или есть только низкокалорийную пищу (при этом ещё и, подсчитывая количество «съеденных» калорий, установив себе определённый предел), а иногда и совсем не принимают пищу, и при этом часто взвешиваются.

Но так как чувство голода является одним из естественных для человека, то больной, рано или поздно, не может больше отказываться от пищи и начинает есть, в том числе ночью, зачастую утратив контроль над собой в этом отношении.

Дисморфоманическая стадия, или стадия активной коррекции – для неё характерна самовнушённая убеждённость, доходящая до бреда, в непривлекательности фигуры («я слишком полная» или «я толстая, жирная»), или перенося это мнение на какую-то часть тела (живот, бёдра, ягодицы). То есть формируется субъективный вывод о физической непривлекательности.

Как уже отмечалось выше, большое влияние на девочек-подростков в этом отношении, на их ещё не сформировавшуюся психику, оказывают различные средства массовой информации, навязывая в качестве идеалов различных моделей, для которых характерна худощавое телосложение или откровенная худоба. Внешнее несоответствие своей фигуры таким «стандартам» влечёт поиски причин этого несоответствия (и, как правило, первой «виновницей» становится пища) и затем принятие срочных мер по «исправлению» фигуры в целом или каких-то её частей.

К таким мерам можно отнести употребление большого количества воды, частые и интенсивные занятия физическими упражнениями (включая посещения тренажерных залов), короткий сон (5–6 часов), применение различных лекарственных препаратов.

Кахектическая стадия – в этот период (через 1,5–2 года после начала болезни) больная уже не испытывает необходимости в приёме пищи, аппетит у неё отсутствует.

Вес тела больной уменьшается едва ли не на половину от первоначального, но, тем не менее, она все равно будет считать себя слишком полной, опасаясь располнеть.

Принимая во внимание описываемую в литературе практику наблюдения за больными анорексией, течение болезни может закончиться:

-полным спонтанным выздоровлением (то есть самопроизвольно, вследствие внутренних причин, без непосредственного воздействия извне);

-полным выздоровлением после успешного лечения;

-выздоровлением с последующими рецидивами (то есть повторными проявлениями заболевания);

-прогрессирующим течением с летальным исходом.

Примерно 20% больных сохраняют симптомы заболевания в течение 5–6 лет.

При последовательном регулярном и правильно подобранном лечении по мере выхода из состояния общего истощения организма у больных уменьшается утомляемость и прибавляются силы, повышается двигательная активность.

Однако, при этом у больных наблюдаются такие психопатоподобные проявления, как агрессивное, высокомерное и грубое отношение к родным и близким, отрицание нравственных ценностей, негативное отношение к общепринятым нормам человеческих взаимоотношений и поведения, стремление к асоциальному поведению (уход из дома, алкоголизация, иждивенчество и т.п.).

Если больной отказывается от лечения, болезнь может перейти в хроническую стадию или наступает смерть в результате истощения, сопутствующих заболеваний или суицида.

Уровень смертности при этом заболевании самый высокий среди всех психических расстройств. Даже если больные тяжёлой формой анорексии выживают, у них могут сохраняться необратимые нарушения и прекращения функций головного мозга.

Таким образом, в этой части первой главы рассмотрено, чем характеризуется поведение при нервной анорексии, оно направлено исключительно на процесс похудения с одновременно развивающимся своеобразным отношением к еде, на снижение веса с формированием сильно выраженного страха прибавить в весе,

влечёт нарушение схемы тела, у женщин наблюдается аменорея. Это заболевание может протекать без ремиссий.

При этом, такие симптомы, как снижение веса, искажение образа тела, общее эндокринное расстройство помогают диагностировать нервную анорексию.

Также указаны три стадии течения данного заболевания: дисморфофобическая, дисморфоманическая, кахектическая.

В следующей части этой главы описаны характерные особенности личности подростков с анорексией.

1.2. Особенности личности подростков с анорексией

Выделяют следующие особенности личности подростков с анорексией: больные старательны и успешны в учёбе, избирательно общительны или замкнуты, ранимы, излишне требовательны к себе, могут длительное время заниматься физическими упражнениями, сохраняют повышенную активность даже при долгом голодании, склонны к значительной эмоциональной сдержанности и когнитивной заторможенности.

Подростки, у которых такое заболевание, предпочитают устоявшийся образ жизни и знакомую обстановку, плохо привыкают к изменениям. Относятся к окружающим с повышенным почтением и послушанием. Избегают риска и реагируют на стресс выраженным возбуждением или сильными эмоциями. Главным для них становится процесс совершенствования.

Причиной анорексии может стать смерть близкого человека, либо разлука с близкими. Поведение больного анорексией связано с его личностью, глубиной его восприятия происшедшего, и практически не приводит к мыслям о суициде, а последующее голодание рассматривается как стремление на фоне возникших эмоций справиться с определёнными чувствами или желаниями совершить те или иные поступки.

Контролируя свой аппетит, они стремятся показать, что могут управлять своими чувствами и поступками, испытывая неоправданное чувство удовлетворения собой или даже гордости.

Больные анорексией не могут управлять своим поведением, потребностями и поступками. Им кажется, что их поведение, в том числе и в отношении собственного тела, продиктовано желаниями иных людей или находится под воздействием внешних сил. Поэтому любой приём пищи вызывает у больных опасение или даже страх, что это повлечёт обязательное увеличение массы тела, и что, не сумев отказаться от пищи, они, тем самым, уступают чьему-то желанию, избегают трудностей, связанных с отказом от приёма пищи, не могут их преодолеть.

Для больных нервной анорексией до развития заболевания характерны следующие особенности личности:

- высокий интеллект;
- разносторонние интересы;
- активность;
- организованность;
- у них развито чувство долга и ответственности.

Такие пациенты любят рассуждать, они хорошие товарищи, но в отношениях поверхностны, часто остаются без друзей. Качества, указанные выше, могут сочетаться с застенчивостью, неуверенностью, внутренним чувством несостоятельности.

До заболевания подростки могут быть эгоистичны, требовательны, нетерпеливы, очень привязаны к матери. Им присущи зрелость мышления, и в то же время инфантильное поведение.

У больных анорексией наблюдается высокий уровень притязаний, но нет достаточной критики к своим возможностям, неудачи не оказывают влияния на правильность их оценки. Они склонны к лидерству в тех социальных группах, которые они рассматривают для себя как некий стандарт, эталон. В жизни такие больные умеют добиваться желаемого результата.

Исходя из вышеизложенного, можно выделить следующие особенности личности подростков с анорексией:

- старательность;
- успешность в учёбе;
- требовательность к себе;
- склонность к занятиям физическими упражнениями;
- отрицательное отношение к жизненным переменам;
- сосредоточенность на процессе самосовершенствования.

1.3. Влияние семейных взаимоотношений на эмоциональные и коммуникативные характеристики личности подростков с анорексией

Анорексия - семейная проблема, которая также может быть спровоцирована нездоровыми отношениями между близкими людьми, поэтому большое значение для диагностики и терапии анорексии имеют особенности отношений в семьях больных.

Согласно точке зрения М.С. Артемьевой, А.Е. Брюхина, М.А. Цивилько: «для аноректических семей характерно нарушение отношений между супругами, отказ от общения, неправильное разрешение конфликтов, скрытые союзы или отвергнутые объединения между членами семьи. Такие семьи отличаются ригидностью»[1].

В семьях, где имеются больные анорексией, родители, как правило, используют ребёнка для разрешения этих конфликтов, и не стремятся к удовлетворению потребностей ребёнка или решению его проблем. В таких семьях нет чётких границ. Родители соперничают друг с другом. В то же время подросток может манипулировать родителями с помощью своей болезни, например, для того, чтобы объединить их. Эмоции и чувства, как правило, не осознаются ни родителями, ни подростком. Свои эмоциональные проявления подросток не выделяет. Он находится в конфлюэнции с эмоциями и чувствами родителей. Также такие пациенты ограничивают себя в общении, что

увеличивает их раздражительность, возникающую у больных как осложнение анорексии. Такие больные склонны к самоизоляции.

Для таких семей также характерна атмосфера перфекционизма, тщеславия и стремления к социальному успеху. Эмоциональные конфликты в подобных семьях отрицаются, адекватные способы решения конфликтов не вырабатываются. В результате чего в семье постоянно царит напряжённая атмосфера, но при этом семья демонстрирует окружающим картину согласия и гармонии.

По мнению В.В. Марилова: «родители больных анорексией внешне находятся в гармоничных отношениях, но, несмотря на это они оба заблуждаются в том, что каждый из них лучший, так как приносит наибольшие жертвы. Это приводит к тайному соперничеству между ними. В то же время родители не обращают внимания на истинные потребности и эмоции больных»[10].

Часто в этих семьях доминирует женский авторитет, либо мать, либо бабушка. Отцы находятся, как правило, вне поля семейных отношений, так как матери их скрыто или явно подавляют, снижая их авторитет в глазах семьи.

Можно выделить несколько типов матерей:

- истероидная доминирующая мать. Она требует от ребёнка проявления лидерских качеств и культивирует представление об «идеальной фигуре». Если ребёнок заболевает нервной анорексией, то это вызывает у матери затяжные реактивные состояния и заостряет её характерологические черты. Скрытые семейные конфликты актуализируются и становятся деструктивными. В итоге больная утрачивает контакт с родителями, что усугубляет течение заболевания и затрудняет проведение лечебно-реабилитационных мероприятий.
- паранойяльная доминирующая мать культивирует семейный миф о благополучной семье. Она воспитывает ребёнка в духе повышенной моральной ответственности. Если ребёнок заболел анорексией, то подобная мать ограждает ребёнка от контакта с психиатрами, предпочитая при этом собственные псевдонаучные объяснения болезни и концепции лечения. В том случае, если

мать убедилась в тяжести заболевания, она отвергает «не оправдавшего надежд» ребёнка, и переключает своё внимание на других детей, если они есть. В результате чего больной ребёнок остаётся без медицинской помощи.

- симбиотическая мать обычно воспитывает ребёнка без мужа. Она убеждена в том, что её дочь говорит и поступает правильно и во всём её поддерживает. Как правило, такая мать отрицает психическое расстройство у дочери, даже если имеется выраженная кахексия. В этом случае позиция матери также создаёт трудности в лечении больной.

- робкая мать во всём потакает дочери, а агрессивный пьющий отец воспитывает её с применением силы. Он воспринимает болезнь дочери как каприз. Иногда заболевание дочери способствует смягчению обстановки в семье и объединяет родителей, но чаще всего они остаются безразличны к её судьбе и за помощью обращаются родственники.

К другим типичным особенностям аноректической семьи, в частности С. Минухин и Ч. Фишман, относят:

- наличие жёсткой модели семейных взаимоотношений, при которой верность семье и её защита ставятся выше, чем независимость и самореализация;
- ориентацию семьи на ребёнка, из-за чего у девочки формируется менее сознательное отношение к своим действиям. Ею делается всё, чтобы вызвать любовь и внимание;
- слабое развитие или отсутствие автономного поведения. Поведение, желания и поступки девочки находятся под контролем семьи. Всё, что, так или иначе, противоречит сложившейся модели взаимоотношений, расценивается как предательство;
- отсутствие стимуляции для развития взаимоотношений в семье. Стремление развивать их не одобряется и контролируется;
- чёткое обозначение границы между семьёй и внешним миром и расплывчатость этой границы внутри семьи. Как правило, данный фактор характерен и для семей, из которых вышли сами родители. В этих семьях не является чем-то необычным формирование отдельной группы членов семьи со

старшим поколением, и вовлечение ребёнка в эти взаимоотношения в качестве «средства профилактики» конфликтов.

- придание в семье повышенного значения питанию и соматическим функциям.

С точки зрения В. Вандерэйкена и Р. Мирмана на возникновение анорексии могут повлиять четыре типа порочных кругов:

- два круга на уровне семейных взаимоотношений;

- и два внутриличностных круга.

Данные авторы отмечают, что на уровне семейных взаимоотношений:

- голодание используется в качестве эффективного средства в борьбе с родителями (при отсутствии внимания в роли примерного ребёнка, девочка заставляет родителей тревожиться и умолять её поесть);

- неоправданное желание родителей обязательно накормить ребёнка, да ещё с применением насильственных методов или даже наказания, вызывает у девочки рвоту и снижение аппетита.

А на уровне внутриличностных кругов характерным, по их мнению, является следующее:

- снижение аппетита из-за тревоги больной по поводу реальной или мнимой чрезмерной полноты, а также в связи с внешней реакцией на потерю массы тела. Источником тревоги может стать физическое созревание и психосексуальное развитие, которые эффективно тормозят потерю веса;

- неумение больной идентифицировать возникшую тревогу на биологическом уровне как чувство голода, и, стремясь справиться с тревогой, она отказывается от еды.

Желание добиться контроля над собой, которое свойственно пациенткам с анорексией, нередко приводит к конфликтам в семье. Больные анорексией ожидают от родителей содействия и помощи в некоем «особенном лечении». Вполне понятно желание членов семьи всячески помочь больным, учитывая их состояние и поведение. Здесь не последнюю роль играют опасения, что подросток может либо умереть, либо покончить с собой. Это приводит к тому, что больные начинают злоупотреблять заботой и вниманием окружающих, не

считаются с их личными планами, желаниями, потребностями и необходимостью выполнять другие обязанности. Особенно это относится к родителям, которые считают именно себя виновными, во-первых, в заболевании ребёнка и, во-вторых, что не могут его излечить.

С другой стороны, больные, истощённые голоданием, замыкаются в себе, сводят к минимуму общение с друзьями, знакомыми и даже родственниками. У них часто исчезает чувство юмора.

Это может отражаться на усидчивости, сосредоточенности внимания и концентрации на каком-либо деле или событии, что постепенно начинает отрицательно сказываться на учёбе.

Ограничение социальных контактов приводит к тому, что пациенты предпочитают заниматься физкультурой и спортом в одиночку, проявляя завидную целеустремлённость и выносливость, и удивляя окружающих результатами (особенно это относится к чрезмерно исхудавшим девушкам).

Можно выделить следующие эмоциональные характеристики личности подростков с анорексией.

Согласно точке зрения Д.Н. Исаева: «больные анорексией боятся взросления и принятия женской роли. Они не отказываются от женственности, а хотят соответствовать стереотипу женской роли, который выражается в стремлении к худобе и в пассивной позиции к жизни»[7].

Очень большое значение для подростков имеет обида или оскорбление со стороны наиболее значимого, а возможно и любимого человека, который олицетворяет противоположный пол или фигуру отца. Поэтому не удивительно, что указание на полноту живота со стороны, например, учителя танцев или замечание тренера о толстых ягодицах приводит к одинаковому результату: упорному отказу от приёма пищи с последующим сильным истощением.

Почти во всех случаях нервной анорексии отмечаются идеи малоценности, самообвинения, самоуничтожения, а иногда и ипохондрические мысли. Могут также быть и деперсонализационные явления.

Как утверждает И.Г. Малкина – Пых, «несмотря на значительное истощение, больные, которые страдают нервной анорексией, кажутся яркими, весёлыми, энергичными и неутомимыми. Кроме того, большинство пациентов не осознают, что их пищевое поведение угрожает жизни. Как правило, признаками нервной анорексии являются навязчивый страх потерять контроль, отсутствие беспокойства по поводу прекращения месячных, запоры и классическое описание «хорошей девочки»[9].

К формированию дезадаптивных защитных психологических реакций у пациентов с нервной анорексией, может привести сочетание биологических и психосоциальных факторов. Фобическая установка относительно еды имеет, как правило, неосознаваемое содержание: например, попытка компенсировать заниженную самооценку стремлением к идеалу, или попытка символически остаться в роли маленькой девочки из страха перед нарастающей ответственностью и другими трудностями взрослой жизни (в том числе – перед сексуальностью).

На развитие анорексии может играть роль зависимость от членов семьи, соперничество с братьями или сёстрами, страх расставания, который может актуализироваться из-за смерти членов семьи, развода родителей, либо из-за ухода брата или сестры из семьи.

II. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И КОММУНИКАТИВНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ ГРУППЫ ПОПУЛЯЦИОННОЙ НОРМЫ ЗДОРОВЬЯ И ГРУППЫ ПАЦИЕНТОК С АНОРЕКСИЕЙ

2.1. Описание выборки и методов исследования

В выборку исследования вошли:

- здоровая группа школьников из ЧОУ «Школа «Согласие» в возрасте до 13 лет (20 подростков);

- группа пациенток с анорексией (2 человека в возрасте 13 и 15 лет).

База исследования – Свердловская областная клиническая психиатрическая больница.

В качестве психодиагностического инструментария применялись:

1) методика Ч.Д. Спилбергера на выявление личностной и ситуативной тревожности (адаптирована Ю.Л. Ханиным);

2) методика К. Томаса «Определение доминирующего стиля поведения личности в конфликтных ситуациях»;

3) патохарактерологический диагностический опросник для подростков (А. Е. Личко).

Методика Ч.Д. Спилбергера на выявление личностной и ситуативной тревожности (адаптирована Ю.Л. Ханиным).

Большинство методов измерения тревожности позволяют оценивать либо личностную тревожность, либо само состояние тревожности.

Единственная методика, которая позволяет дифференцированно измерять тревожность и как личное свойство, и как состояние, - это методика Ч.Д. Спилбергера, шкалы самооценки которой включают в себя 40 вопросов–рассуждений, из них 20 предназначены для оценки уровня ситуативной (первый бланк) и 20 – для оценки личностной тревожности (второй бланк).

С учётом полученных результатов, можно выделить следующие категории личностей:

- высокотревожные личности.

Они воспринимают жизненные ситуации, как угрожающие, и реагируют на них выраженным состоянием тревожности. Чем выше этот показатель, тем с большей долей вероятности можно предполагать у них появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно при оценке их компетенции и престижа.

- личности с низким показателем тревожности.

Им рекомендуется пробуждение активности, повышение мотивации и заинтересованности при осуществлении какой-либо деятельности, а также развитие чувства ответственности в решении тех или иных задач.

Состояние реактивной тревоги (её ещё называют ситуационной) возникает, когда человек попадает в стрессовую ситуацию. Для человека, оказавшегося в таком состоянии, характерны дискомфорт, напряжённость, беспокойство и вегетативное возбуждение. Его продолжительность и интенсивность зависят от силы воздействия стрессовой ситуации.

Таким образом, данная подшкала позволяет оценить не только уровень и актуальность тревоги, но и определить, находится ли человек под воздействием стрессовой ситуации и интенсивность этого воздействия.

Личностная тревожность обуславливает склонность человека воспринимать угрозу в самых различных ситуациях.

Если личностная тревожность высока, то человек воспринимает каждую ситуацию как стрессовую, что вызывает у него выраженную тревогу. Зачастую это напрямую связано с невротическим конфликтом, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями.

Методика К. Томаса помогает определить доминирующий стиль поведения личности в конфликтных ситуациях.

К. Томас предложил изменить традиционное отношение к конфликтам, указывая, на то, что на ранних этапах изучения конфликтов широко использовался такой термин как «разрешение конфликтов», то есть использование возможностей для разрешения или даже исключения такого рода ситуаций. Целью разрешения конфликтов определялось идеальное состояние гармоничного отношения людей друг с другом.

Однако такой подход не нашёл своего дальнейшего развития, поскольку:

- с одной стороны, предпринимаемые усилия по полному исключению конфликтов, не дали положительного результата;

- во-вторых, появились достаточно объективные исследования, из которых сделан вывод о том, что конфликты по своей природе имеют и положительную сторону.

Поэтому главным является не принцип исключения конфликтов в межличностных отношениях, а умение управлять ими.

Следовательно, как считает К. Томас, нужно обращать внимание на следующие моменты при изучении конфликтов:

- какие формы поведения в конфликтных ситуациях характерны для людей;
- какие из этих форм поведения являются более продуктивными или деструктивными;
- каким образом возможно стимулировать продуктивное поведение.

Для описания типов поведения людей в конфликтных ситуациях он предложил двумерную модель регулирования конфликтов: кооперацию и напористость.

Исходя из этих двух измерений, упор делается на следующие способы регулирования конфликтов:

- соревновательный, то есть удовлетворение своих интересов в ущерб другому;
- приспособленческий, то есть, наоборот, принесение в жертву собственных интересов ради другого;
- компромиссный, то есть взаимно согласованный, когда каждый поступает частью своих интересов;
- избегающий, то есть отсутствие как стремления к кооперации (совместным действиям по урегулированию конфликта), так и отсутствие стремления к достижению исключительно собственных целей;
- сотрунический, то есть удовлетворение интересов обеих сторон на основе альтернативного решения.

К. Томас считает, что при избегании конфликта ни одна из сторон не достигает успеха. При использовании таких форм, как конкуренция и приспособление выигрывает один из участников, а при компромиссе

проигрывают оба, потому что уступают обоюдно. А вот при сотрудничестве выигрывают обе стороны.

Патохарактерологический диагностический опросник А.Е. Личко (ПДО), предназначен для определения типов акцентуаций характера и типов психопатий в возрасте 14-18 лет, а также некоторых личностных особенностей (психологической склонности к алкоголизации, делинквентности и др.).

Опросник создан на основе опыта психиатрии и психологии отношений и используется психиатрами, медицинскими психологами, врачами других специальностей и педагогами, получившими специальную подготовку по медицинской психологии.

В опросник включены наборы фраз, отражающие отношения при разных типах характера к жизненным проблемам, актуальных в подростковом возрасте.

Это оценка собственного самочувствия, например, сна, аппетита, сексуального влечения, отношений к родителям, друзьям, незнакомым и т.д., а также к правилам и законам, к опеке и наставлениям, к критике в свой адрес и др.

С помощью опросника могут быть диагностированы следующие типы психопатий и акцентуаций характера.

Лабильный тип (Л). Характеризуется следующим: частое изменение настроения по малейшему поводу, такие подростки отличаются глубокими и искренними чувствами, не стремятся к лидерству, тяжело переносят утрату близких людей. Характерна чрезмерная эмоциональность, выраженная инфантильность, лгать и скрывать свои чувства и эмоции не умеют.

Гипертимный тип (Г). Таких подростков отличает хорошее настроение, активность, энергичность, стремление к лидерству. Часто не разборчивы в выборе знакомств, как правило, контакты поверхностны. Легко осваиваются в незнакомой компании. Плохо переносят одиночество, строгую дисциплину, монотонную деятельность. Такие подростки разговорчивы, говорят быстро, с живой мимикой.

Циклоидный тип (Ц). Для данного типа характерна циклотимия, т. е. чередование фаз гипертимности и субдепрессии. В субдепрессивной фазе падает работоспособность, ко всему утрачивается интерес, подростки становятся вялыми домоседами, избегают компании, тяжело переживают неудачи и мелкие неурядицы, плохо переносят ломку жизненного стереотипа. В гипертимной фазе наблюдаются черты гипертимов, а именно: повышенное настроение, энергичность, активность, разговорчивость, живая мимика. Как правило, депрессии выпадают на зиму или на весну, а гипертимные периоды — на осень.

Сенситивный тип (С). Этот тип отличает большая впечатлительность и чувство собственной неполноценности. В своей внешности такие подростки видят множество недостатков, а также считают себя неполноценными в области морально–этических и волевых качеств. В незнакомой обстановке проявляются замкнутость, застенчивость, робость. Таким подросткам трудно установить контакт с незнакомыми людьми, но с теми к кому привыкли, бывают достаточно общительны и откровенны. Для них характерно явление гиперкомпенсации, т. е. стремление преуспеть именно в той области, где существует комплекс собственной неполноценности (например, парашютные прыжки, чтобы преодолеть робость; усиленные занятия гимнастикой, чтобы исправить дефекты фигуры; стремление к общественной работе, чтобы преодолеть застенчивость и т.п.).

Астено-невротический тип (А). Главными чертами данного типа акцентуации являются повышенная утомляемость, раздражительность и склонность к ипохондричности. Утомляемость особенно проявляется при умственных занятиях и в условиях соревнований. При утомлении аффективные вспышки возникают по ничтожному поводу. Самооценка обычно выражает ипохондрические установки.

Шизоидный тип (Ш). Для таких подростков характерна замкнутость и недостаток интуиции в процессе общения. Им трудно устанавливать межличностные контакты. В процессе общения быстро истощаются.

Внутренний мир почти всегда закрыт для других и заполнен увлечениями и фантазиями. Увлечения отличаются силой, постоянством, и нередко необычностью, изысканностью. Такие подростки склонны искать нешаблонные решения, предпочитают непринятые формы поведения, стремятся уйти от действительности в мир иллюзий и фантазий.

Психастенический тип (П). Этот тип отличают следующие черты: нерешительность, тревожная мнительность, склонность к самоанализу. Защитой от постоянной тревоги по поводу воображаемых неприятностей и несчастий могут выступать выдуманные предметы и ритуалы. Если подростки не выполняют эти ритуалы, то это приводит к усилению тревоги за будущее, за благополучие своё и близких. Нерешительность может усиливаться, когда надо сделать самостоятельный выбор и когда решение касается маловажных повседневных проблем. В то время как серьёзные вопросы, которые могут существенно отразиться на будущем, решаются с удивительной скоростью. Таким подросткам свойственен педантизм, который может служить для них психологической защитой от опасений и тревоги за будущее.

Эпилептоидный тип (Э). Главная черта данного типа – это злобно – тоскливое настроение с постепенно накапливающим раздражением и поиском объекта, на котором можно было бы сорвать зло. С этими состояниями обычно связана аффективная вспышка. Такие подростки стремятся к лидерству. Лидерство проявляется в стремлении властвовать над другими. Подростки с эпилептоидным типом акцентуации неплохо адаптируются в условиях строгого дисциплинарного режима, где стараются добиться расположения начальства показной исполнительностью и завладеть положением, дающим власть над другими подростками. Речь у таких подростков медленная, размеренная. Решения принимают не торопясь, осмотрительно, из-за чего могут пропустить момент, когда надо быстро действовать. Но когда наступает аффект, то они теряют контроль над собой, действуют импульсивно. Таким подросткам свойственна мстительность. Они отличаются изобретательностью в выборе

способов мести. Также таким подросткам свойственны аккуратность и педантизм.

Неустойчивый тип (Н). Главная черта данного типа — нежелание трудиться, постоянная тяга к развлечениям, удовольствию и праздности. Такие подростки тянутся к уличным компаниям. С желанием поразвлечься связана ранняя алкоголизация, противоправное поведение, употребление наркотиков и других дурманных средств. Общение со сверстниками всегда поверхностно. К своему будущему такие подростки равнодушны, планов не строят, живут настоящим. От любых трудностей и неприятностей стараются убежать и не думать о них.

Истерический тип (И). Главными чертами истерического типа акцентуации являются эгоцентризм, жажда внимания к себе. Данным подросткам свойственна лживость и фантазирование, легко могут ввести в заблуждение людей, с которыми общаются в данный момент. Склонны к театральности переживаний, к позёрству. Такие подростки не способны к упорному труду, но при этом имеют высокие притязания в отношении будущей профессии. Стремятся к лидерству среди сверстников, но вскоре их «звёздный час» проходит, поскольку сверстники замечают, что кроме позёрства и бессодержательных фраз, они, ни на что больше не способны.

Конформный тип (К). Главная черта конформного типа — постоянная и чрезмерная зависимость от мнения окружающих. Такие подростки живут по правилам общества, стараются, что всё было «как у всех». Конформность сочетается с некритичностью: истиной считают ту информацию, которая поступает от знакомого им источника, некритичны ко всему, что черпают от привычного окружения. Таким подросткам трудно освоиться в незнакомой обстановке. Плохо переносят ломку жизненного стереотипа, лишение привычного общества.

Паранойяльный тип в подростковом возрасте ещё не проявляется — его расцвет падает на пик социальной зрелости, т.е. на 30–40 лет. Поэтому с помощью патохарактерологического диагностического опросника этот тип

диагностировать невозможно. В подростковом возрасте будущие представители паранойяльного типа чаще всего обнаруживают эпилептоидную или шизоидную акцентуацию, реже истероидную и ещё реже — гипертимную.

Однако уже в этом возрасте может обнаруживаться завышенная оценка своей личности — своих способностей, своих талантов и умений. Отсюда убежденность в том, что всё, что они делают, всегда правильно, что думают и говорят — всегда истина. Любые препятствия на пути воплощения в жизнь своих намерений пробуждают готовность отстаивать свои действительные или мнимые права. Рано пробуждается подозрительность, такие подростки склонны всюду видеть злой умысел и злокозненный сговор против себя.

Смешанные типы. Достаточно часто встречаются как при акцентуациях характера, так и при психопатиях.

Смешанные типы бывают двоякого рода.

Промежуточные типы. Обусловлены эндогенными, прежде всего генетическими факторами, а также, возможно, особенностями развития в раннем детстве. К ним относятся лабильно-циклоидный и конформно-гипертимный типы, сочетания лабильного типа с астено-невротическим и сенситивным, последних друг с другом и с психастеническим. Промежуточными могут быть такие типы, как шизоидно-сенситивный, шизоидно-психастенический, шизоидно-эпилептоидный, шизоидно-истероидный, эпилептоидно-истероидный. В силу эндогенных закономерностей с возрастом возможна трансформация гипертимного типа в циклоидный.

Амальгамные типы. Эти типы формируются в течение жизни как следствие напластования черт одного типа на эндогенное ядро другого в силу неправильного воспитания или других длительно действующих неблагоприятных факторов.

2.2. Результаты эмпирического исследования эмоциональных и коммуникативных характеристик личности подростков группы популяционной нормы здоровья и группы пациенток с анорексией
Контрольная группа – подростки – школьники (20 человек).

Процедура проведения: исследование проходило в ЧОУ «Школа «Согласие».

В ходе исследования личностной и ситуативной тревожности были получены следующие результаты:

- ситуативная тревожность: умеренная – 45%; высокая – 55%. Низкая ситуативная тревожность не выявлена.

- личностная тревожность: умеренная – 35%; высокая – 65%. Низкая личностная тревожность не выявлена.

Преобладающий стиль поведения личности в конфликтных ситуациях: уступчивость – 25%; компромисс – 30%; избегание – 15%; соперничество – 35%. Сотрудничество в данной группе не выявлено.

В результате применения патохарактерологического диагностического опросника выявлено, что наиболее часто встречаются амальгамные типы акцентуаций характера: гипертимно–неустойчивый; истероидно–неустойчивый; лабильно–истероидный; сенситивно–лабильный; шизоидно–эпилептоидный; шизоидно–неустойчивый.

Таким образом, исходя из методики Ч.Д. Спилбергера, направленной на выявление личностной и ситуативной тревожности, сделан вывод о преобладании высокого уровня ситуативной и личностной тревожности, что выражается в следующем: такие подростки склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности во многих ситуациях и реагировать выраженным состоянием тревожности. Можно предположить, что состояние тревожности появляется в разнообразных ситуациях, особенно если это касается компетенции и престижа.

По результатам методики К. Томаса на определение доминирующего стиля поведения личности в конфликтных ситуациях преобладает стиль – соперничество, который выражается в том, что подросток предпочитает идти к разрешению конфликта своим собственным путём. Он не очень заинтересован в сотрудничестве с другими людьми, но способен на волевые решения.

По результатам патохарактерологического диагностического опросника А.Е. Личко преобладают амальгамные типы (гипертимно–неустойчивый; истероидно–неустойчивый; лабильно–истероидный; сенситивно–лабильный; шизоидно–эпилептоидный; шизоидно–неустойчивый), т.е. данные смешанные типы формируются в течение жизни как следствие наслоения черт одного типа на эндогенное ядро другого в силу неправильного воспитания или других длительно действующих неблагоприятных факторов.

Также у данной группы преобладает низкий уровень конформности, слабая реакция эмансипации в самооценке, психологическая склонность к алкоголизации отсутствует, черты мужественности – женственности в системе отношений соответствуют полу, т. е. у девочек в системе отношений преобладают черты женственности, у мальчиков – черты мужественности.

Экспериментальная группа (2 человека).

Процедура проведения: исследование проходило в Свердловской областной клинической психиатрической больнице.

В ходе исследования личностной и ситуативной тревожности у девочки 13 лет преобладает высокий уровень личностной и ситуативной тревожности. Отсюда сделан вывод о том, что пациентка склонна воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности во многих ситуациях и реагировать выраженным состоянием тревожности. Также можно предположить, что у пациентки появляется состояние тревожности в разнообразных ситуациях, особенно если это касается её компетенции и престижа.

По результатам методики К. Томаса была выявлена уступчивость, как доминирующий стиль поведения в конфликтных ситуациях, т. е. пациентка сотрудничает с другим человеком, но не отстаивает свои интересы.

По результатам методики патохарактерологического диагностического опросника была выявлена психастеническая акцентуация характера, т. е. пациентка нерешительна, любит рассуждать, характерна тревожная мнительность в виде опасений за будущее, как за своё, так и за своих близких, склонность к самоанализу. Можно предположить, что черты характера

проявились в начальных классах школы - при первых требованиях к чувству ответственности. Придуманные ею ритуалы могут выступать в качестве психологической защиты от постоянной тревоги. Невыполнение придуманных ритуалов усиливает тревогу за будущее, за благополучие своё и близких, за успех дела, которым занята. Нерешительность усиливается, когда надо сделать самостоятельный выбор и когда решение касается маловажных повседневных проблем. Наоборот, серьёзные вопросы, которые могут существенно отразиться на будущем, решаются опрометчиво. Ей свойственен чрезмерный педантизм, мелочная принципиальность. Можно предположить, что педантизм служит для пациентки психологической защитой от опасений и тревоги за будущее.

Также у пациентки выявлен умеренный уровень конформности, слабая реакция эмансипации в самооценке, женственные черты в системе отношений, психологическая склонность к алкоголизации отсутствует, риск злоупотребления наркотиками и другими дурманящими веществами также отсутствует, возможна истинная попытка суицида, а также высокий риск ранней половой жизни.

Девочка (15 лет).

По результатам методики Ч.Д. Спилбергера на выявление личностной и ситуативной тревожности у данной пациентки выявлен высокий уровень личностной тревожности, что может свидетельствовать о том, что пациентка склонна воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности во многих ситуациях и реагировать выраженным состоянием тревожности. Можно предположить, что у пациентки появляется состояние тревожности в разнообразных ситуациях, особенно если это касается её компетенции и престижа. Уровень ситуативной тревожности – умеренный, что может свидетельствовать о том, что пациентка может мобилизовать свои силы в определённой ситуации и действовать более эффективно.

По результатам методики К. Томаса выявлены избегание и уступчивость как доминирующие стили поведения в конфликтных ситуациях. То есть в зависимости от ситуации пациентка прибегает либо к избеганию, либо к

уступчивости. Избегание характеризуется тем, что пациентка не отстаивает свои права, ни с кем не сотрудничает для выработки решения проблемы или просто уклоняется от разрешения конфликта. Уступчивость характеризуется тем, что пациентка не отстаивает свои интересы, но при этом сотрудничает с другим человеком.

По результатам методики патохарактерологического диагностического опросника А.Е. Личко была выявлена лабильно-истероидная акцентуация характера, т.е. данный тип акцентуации характера сформировался в результате неправильного воспитания, либо под воздействием других длительно действующих неблагоприятных факторов.

Также был выявлен высокий уровень конформности, слабая реакция эмансипации в самооценке, черты женственности в системе отношений, психологическая склонность к алкоголизации отсутствует, риск злоупотребления наркотиками и другими дурманящими веществами отсутствует, выявлена истинная попытка суицида, а также высокий риск ранней половой жизни.

Для получения достоверных данных материалы были обработаны с помощью методов математической статистики.

В качестве статистических методов был использован статистический пакет: статистика 10.0.

Используя описательную статистику, были получены следующие результаты:

Распределение личностной и ситуативной тревожности в группе популяционной нормы здоровья подчиняется закону нормального распределения, т.к. показатели по критерию Шапиро - Уилка больше, чем $p=0,05$ (см. Приложение 3).

Распределение личностной и ситуативной тревожности в группе пациенток с анорексией не подчиняется закону нормального распределения, т. к. в группе мало испытуемых числовых значений по критерию Шапиро - Уилка получено не было.

Распределение доминирующего стиля поведения личности в конфликтных ситуациях в группе популяционной нормы здоровья следующее: закону нормального распределения подчиняются следующие стили: уступчивость, компромисс, избегание, соперничество, т.к. показатели по критерию Шапиро - Уилка больше, чем $p=0,05$. Стиль сотрудничество не подчиняется закону нормального распределения, т. к. показатели по критерию Шапиро - Уилка меньше, чем $p=0,05$ (см. Приложение 3).

Распределение доминирующего стиля поведения личности в конфликтных ситуациях в группе пациенток с анорексией не подчиняется закону нормального распределения, т. к. мало испытуемых числовых значений по критерию Шапиро - Уилка также получено не было.

Распределение типов акцентуаций характера в группе популяционной нормы здоровья показало: закону нормального распределения подчиняются следующие типы: гипертимный, циклоидный, лабильный, сенситивный, психастенический, шизоидный, эпилептоидный, истероидный, неустойчивый, так как показатели по критерию Шапиро - Уилка больше, чем $p=0,05$ (см. Приложение 3).

Такие типы акцентуаций характера как астено-невротический, конформный не подчиняются закону нормального распределения, т.к. показатели по критерию Шапиро - Уилка меньше, чем $p=0,05$ (см. Приложение 3).

Распределение типов акцентуаций характера в группе пациенток с анорексией не подчиняется закону нормального распределения.

Показатели по таким дополнительным шкалам как определение конформности и определение отражения реакции эмансипации не подчиняются закону нормального распределения и в группе популяционной нормы здоровья и в группе пациенток с анорексией, т. к. показатели по критерию Шапиро - Уилка меньше, чем $p=0,05$ (см. Приложение 3).

Также можно сказать, что большинство переменных не подчиняются закону нормального распределения, т. к. асимметрия больше, чем ошибка по асимметрии и эксцесс больше, чем ошибка по эксцессу, и в группе

популяционной нормы здоровья, и в группе пациенток с анорексией (см. Приложение 1 и Приложение 2).

Данные не подчиняются закону нормального распределения по критерию Шапиро – Уилка, т. к. уровень значимости $p < 0,05$.

Так как данные не подчиняются закону нормального распределения, используем непараметрический критерий Манна – Уитни.

С помощью данного критерия были выявлены достоверные различия ($p < 0,05$) по показателям сотрудничество и соперничество (см. Приложение 4).

Также различия были обнаружены на уровне статистической тенденции, т. е. если $0,05 < p < 0,1$ в лабильном типе.

Для наглядной иллюстрации представлены диаграммы размаха.

На рисунке 1 видно, что такой стиль поведения личности в конфликтных ситуациях как сотрудничество чаще встречается в группе пациенток с анорексией. Возможно, это связано с индивидуально – психологическими особенностями данной категории пациентов. Такие пациенты относятся к окружающим с послушанием, избегают риска. В конфликтных ситуациях они стараются найти альтернативное решение конфликта и удовлетворить как свои потребности, так и потребности оппонента.

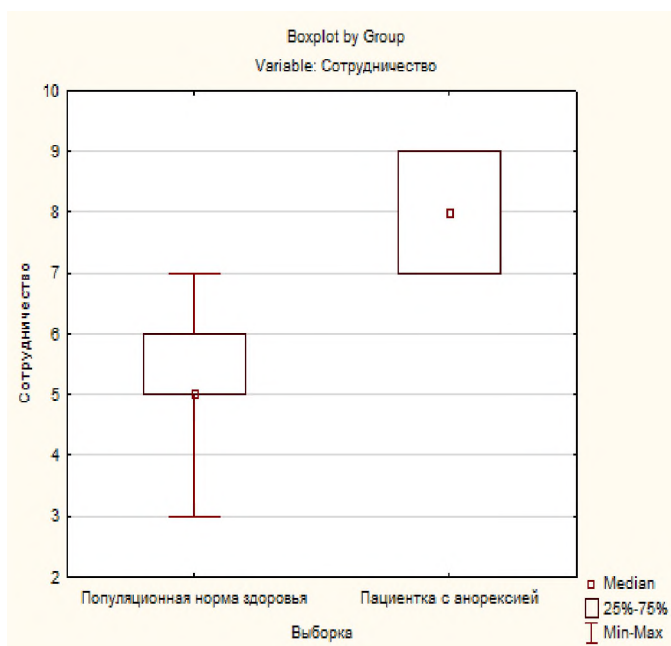


Рисунок 1 – Диаграмма размаха по показателям доминирующего стиля поведения личности в конфликтных ситуациях в группе пациенток с анорексией

На рисунке ниже видно, что такой стиль поведения личности в конфликтных ситуациях как соперничество чаще встречается в группе популяционной нормы здоровья. Это может свидетельствовать о том, что школьники в подростковом возрасте стремятся к лидерской позиции, поэтому чаще такие подростки прибегают к такой стратегии поведения в конфликтных ситуациях, как соперничество. Данный стиль поведения в конфликтных ситуациях предполагает удовлетворение только своих интересов и потребностей, в ущерб другому.

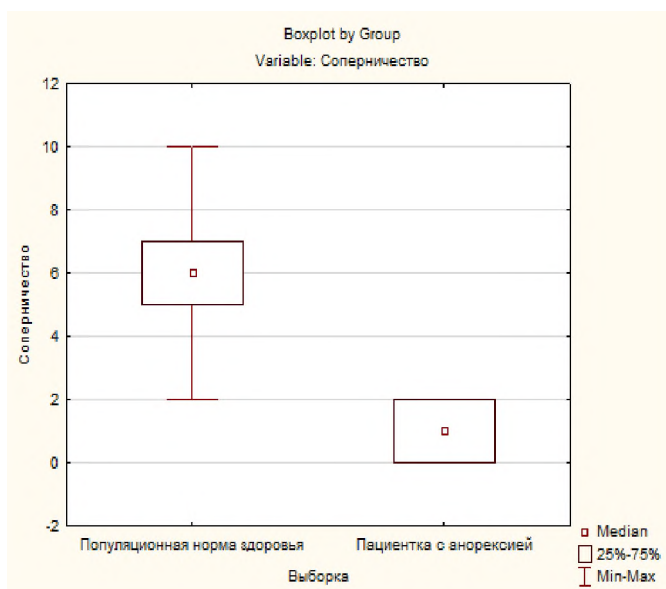


Рисунок 2 – Диаграмма размаха по показателям доминирующего стиля поведения личности в конфликтных ситуациях в группе популяционной нормы здоровья

Лабильный тип акцентуации характера чаще встречается в группе пациенток с анорексией. Данный тип акцентуации характера имеет следующие характеристики: крайняя изменчивость настроения, которое меняется слишком часто от ничтожных и даже незаметных для окружающих поводов. От настроения зависит и сон, и аппетит, и работоспособность, и общительность. Чувства и привязанности отличаются искренностью. К лидерству не стремятся. Тяжело переносят утрату или отвержение со стороны значимых лиц. Самооценка отличается искренностью и умением правильно подметить черты своего характера. Чрезмерная эмоциональность обычно сочетается с вегетативной лабильностью: легко краснеют и бледнеют, меняется частота

пульса, величина артериального давления. Нередко наблюдается довольно выраженная инфантильность: выглядят моложе своих лет. Лгать и скрывать свои чувства не умеют. Все эти особенности в большинстве случаев свойственны пациенткам с анорексией. Сказанное выше подтверждает рисунок 3.

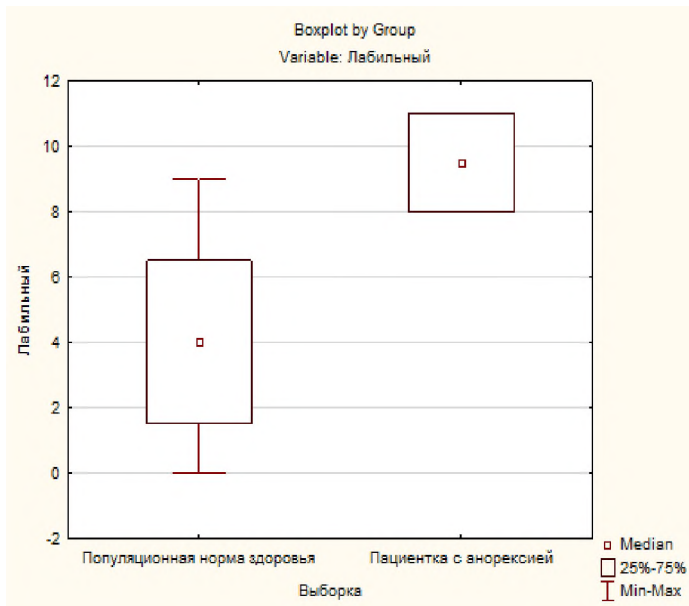


Рисунок 3 – Диаграмма размаха по показателям акцентуации характера в группе пациенток с анорексией

Таким образом, различия между группой популяционной нормы здоровья и группой пациенток с анорексией выявились в коммуникативных характеристиках, а именно в таких стилях поведения в конфликтных ситуациях, как сотрудничество и соперничество, в эмоциональных характеристиках выявились не существенные различия между группой популяционной нормы здоровья и группой пациенток с анорексией в лабильном типе.

Гипотеза о том, что существуют различия между группой популяционной нормы здоровья и группой пациенток с анорексией в коммуникативных и эмоциональных характеристиках подтвердилась.

III. ПСИХОТЕРАПИЯ В РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ, СТРАДАЮЩИМИ АНОРЕКСИЕЙ

3.1. Направления психотерапии в работе с пациентами, страдающими анорексией

Когнитивно-поведенческий подход

Перестройка питания

Пациенткам, страдающими расстройствами питания, рекомендуется принимать пищу по следующей схеме: каждый день съедать по три больших обеда и два маленьких полдника, для того чтобы не возникали сопутствующие расстройства, а именно: депрессивные, навязчивые мысли о еде, чувство «волчьего аппетита».

Перестройка питания является ведущей целью терапии пациентов с диагнозом анорексия.

Суточный рацион должен составлять не менее 1500 ккал в день, далее потребление килокалорий должно достигать 3500 в день. Для того чтобы увеличение веса происходило от 1 до 1,5 килограммов в неделю, ежедневное питание необходимо дополнять продуктами, которые содержат высокий процент калорийности.

Такие продукты как шоколад или высококалорийные напитки пациентки с анорексией могут принимать между приёмами пищи. Самоконтроль и чувство ответственности повышается за счёт отказа от искусственного питания. Искусственное питание принимается для пациенток в случае высокого риска истощения организма.

Активность пациенток играет немаловажную роль в прибавлении веса. Рекомендуется исключить высокоинтенсивные занятия спортом, и снизить ежедневную физическую нагрузку.

При тяжёлом истощении пациенткам следует соблюдать постельный режим. Согласие пациенток достигается за счёт специальной тактики ведения беседы. Психотерапевт помогает пациенткам адаптироваться к их новой перестройке питания, и помогает им достичь психологического и эмоционального комфорта, для того чтобы они не испытывали фобий к ряду продуктов.

В начальной фазе терапии пациентки обучаются и привыкают к запрещённым продуктам, потребляя их в малом количестве. Запрещёнными продуктами для пациенток с анорексией (как считают они сами) являются шоколад или выпечка. Наглядно увиденные продукты постепенно позволяют пациенткам адаптироваться к ним, преодолеть свой страх относительно веса.

Терапия нарушений схемы тела

Негативное отношение к своему телу и к своей внешности, возможно, изменить при помощи упражнений – демонстраций, которые осуществляются при помощи зеркал или видеокамер.

Изначально демонстрации осуществляются при помощи столкновения пациенток с их истощёнными фигурами, для того чтобы рассмотреть своё тело. Применение упражнений не зависит от времени суток. Во время упражнений, пациенткам можно носить разную одежду. Стратегия беседы направлена на точное описание своего внешнего вида и возникших чувств, относительно своей внешности.

Терапия стрессовых реакций

Многие пациентки с расстройствами приёма пищи демонстрируют нарушенное пищевое поведение, если находятся в стрессовой ситуации.

Вид терапевтического вмешательства, зависит от того, как сильно пациентки реагируют на перегрузки и имеют ли они достаточный порог терпимости к ситуациям и эмоциям, которые вызывают у них отвращение.

Если навыки решения проблем и совладания со стрессами оказываются недостаточными, то необходим тренинг повышения компетентности в решении проблем и совладания со стрессовыми ситуациями.

Для нервной анорексии отсутствуют проверенные и в методологическом плане хорошо проведённые исследования терапии. Чаще всего применяются психотерапевтические методы, редко используются медико-терапевтические или фармакотерапевтические мероприятия.

Психотерапевтическая программа складывается зачастую из методов, которые основываются на различных теоретических направлениях (например, психоаналитических и поведенческих вмешательств). Редко применяются и оцениваются отдельные терапевтические мероприятия.

По данным эмпирических исследований, проведённых на сегодняшний день, вылечивается почти половина страдающих нервной анорексией, принимавших участие в психотерапии: они достигают нормальной массы тела, у них в дальнейшем нормализуются пищевое поведение и менструальный цикл.

Психоанализ.

Психоаналитик определяет, прежде всего, причины пищевой зависимости, которые могут быть как в настоящем, так и в далёком прошлом, то есть происходящие из раннего детства.

Многие родители проявляют либо чрезмерное рвение, пытаясь накормить своего ребёнка, и приучают его есть, не зная меры, почти не ощущая вкуса пищи, или же нехватка любви, внимания, восхищения со стороны родителей заменяется чрезмерным вниманием к кормлению ребёнка.

Главным для таких родителей становится ни то, как ребёнок себя чувствует, что он хочет, о чем думает, а все что связано с едой - поел он или нет, что поел, сколько раз, как много и т.п.

Кроме этого, психотерапевт выясняет психологическое состояние пациента, особенности микроклимата в семье, обстановку на работе и пр.

Зачастую переедание бывает вызвано распространённой привычкой «заедать неприятности». Сначала пациенту вместе с врачом следует понять, какие

именно проблемы и неприятности он заедает, научиться различать чувства, скрывающиеся за состоянием беспокойства и тревоги, отыскать способы удовлетворения потребностей, о которых они сигнализируют.

Гештальт – подход.

Гештальт-подход в работе с пищевыми нарушениями у подростков концентрируется на работе с эмоциями, с невыраженными чувствами и с метафорами пищевых сложностей.

К примеру, «эмоциональное заедание» (переедание на фоне острого эмоционального состояния) рассматривается как форма совладания с эмоциями, где в акте переедания может «сбрасываться» агрессия, которая изначально могла возникнуть в отношениях с кем-то из близких.

Психотерапия заключается в анализе ситуации переедания и связи ситуации с каким-то удержанным аффектом.

Много внимания уделяется работе с удержанным гневом, тревогой и грустью. Гнев является эмоцией, которую дети удерживают чаще всего.

Терапия заключается в том, чтобы обнаружить связи симптомов нарушений пищевого поведения с переживаниями, которые подросток пытается сдерживать.

Семейное консультирование

Консультация семейного психолога необходима не только больному, но и всем членам его семьи.

Семейный психолог помогает скорректировать разрушительные семейные стереотипы и ценностные установки на более полезные. Если же в семье не наблюдается подобных проблем, то семейный психолог подскажет, как правильно общаться и вести себя с больным, какую поддержку необходимо оказывать.

Семейный психотерапевт встречается одновременно со всеми членами семьи, выявляет слабые места семейного взаимодействия и помогает произвести нужные изменения.

В частности, семейный психотерапевт старается помочь пациенту с анорексией отделить свои чувства и потребности от чувств и потребностей других членов семьи.

Исследования показывают, что семейная терапия способствует выздоровлению от анорексии.

Согласно С. Минухину, при анорексии семейный терапевт:

- должен попытаться ослабить сильную психологическую зависимость, предоставив пациентке большее индивидуальное пространство, разрывая связи между нею и членами семьи, между родителями и детьми;

- должен помочь нейтрализовать гиперпротекцию и чрезмерную озабоченность ребёнком;

- отвергает тактику избегания конфликтов, отказываясь от роли посредника;

- борется с ригидностью семейной системы.

Таким образом, проведённые на сегодняшний день исследования терапевтических методов вносят свой весомый вклад в развитие и оценку подходов к лечению расстройств приёма пищи.

Эти подходы помогли уже многим пациенткам с расстройствами приёма пищи полностью или частично выздороветь, освободившись и от сопутствующих проблем, и от последствий.

3.2. Рекомендации для клинического психолога по работе с подростками и взрослыми, сопровождающими их воспитание по профилактике отклонений в пищевом поведении

«Клиентов с нарушениями пищевого поведения со временем не становится меньше. Работа, по налаживанию отношений человека с едой не простая.

Это длительный процесс кропотливого выстраивания отношений между клиентом и психологом, с целью сотрудничества на пути к выздоровлению.

Как происходит работа с клиентами с нарушениями пищевого поведения:

- 1 - 2 встречи - это консультации, на которых клиента расспрашивают о симптомах и характере нарушений. Психолог интересуется у клиента о его

отношении к своей внешности, о его привычках в питании. После консультации принимается решение о дальнейшем процессе выздоровления клиента. Его либо направляют в медицинское учреждение под наблюдение врачей, либо принимается совместное решение о продолжении длительной психотерапии. Обговаривается контракт на следующие встречи;

- 2 - 15 встречи - это установление доверительного контакта между психологом и клиентом, который включает в себя разговор о семье, о семейных традициях, о правилах отношения с едой. Также работу с ассоциативными картами, песочницей, фигурками, элементы арт-терапии, домашние задания, работа с образом еды, метафоры, сказкотерапия, игротерапия. Проводится работа по осознанию потребности, которая удовлетворяется за счёт еды и поиски других возможностей её удовлетворить. Затем разрабатываются новые сценарии контакта с едой;

- 16 - 31 встречи - это работа с семейными мифами и легендами. Данная работа включает в себя: построение развёрнутой генограммы, привлечение к терапии семьи, выстраивание прямых коммуникаций с близкими, научение говорить словами, а не посредством еды, работа с семейной системой, домашние задания для всех членов семьи. В это время клиент параллельно с индивидуальной терапией начинает курс групповой терапии, для того, чтобы получить возможность выстраивать отношения с незнакомыми людьми, предъявлять себя и свои потребности, давать и получать поддержку, отстаивать свои границы;

- 31 - 46 встречи - закрепление нового поведения. Это достигается с помощью психологической поддержки в новых сценариях контакта с пищей и близкими людьми. Продолжается работа с осознанием чувств и способами их предъявления прямо, словами, а не с помощью пищевого поведения. Обговариваются дальнейшие встречи, в среднем раз в 3 месяца, с целью контроля ситуации и психологической поддержки»[24].

Вот некоторые рекомендации, которые могут помочь родителям сформировать у подростка позитивное восприятие собственного тела:

- разъясните подростку важность полноценного, сбалансированного питания и умеренных физических упражнений. Не разделяйте пищу на «хорошую/безопасную» и «плохую/опасную»;

- разговаривайте с подростком о здоровом питании. Ежедневно подросток должен питаться по следующей схеме: съедать от трёх до пяти порций овощей; от двух до четырёх порций фруктов; от шести до одиннадцати порций хлеба, каши, риса или макарон; три или более порций молока, йогурта и сыра; от двух до трёх порций белковых продуктов. Кроме того, в ежедневный рацион подростка должно входить железо. Мальчикам необходимо 12 миллиграммов железа в день для обеспечения потребностей быстрорастущего организма, а девочкам требуется 15 миллиграммов в день, чтобы компенсировать потери железа при менструации;

- не пытайтесь регулировать питание вашего ребёнка. Не делайте замечаний по поводу того, сколько они едят;

- проанализируйте своё отношение к стройности и похудению. Если у вашего ребёнка избыточный вес, это не значит, что вы плохой родитель или что ваши дети ленивые или плохие. Напоминайте и детям, и себе о том, что вес и физическая форма ничего не говорят о характере человека и о его достоинствах. Следите за тем, чтобы не посылать ребёнку сообщения, что вы будете любить его больше, если он будет стройным, или что он будет ощущать себя более достойным человеком, когда похудеет;

- научите ребёнка критически относиться к медиа-образам идеальных тел. Поговорите об образах, которые вы видите на телевидении и в журналах, особенно в рекламе. Напомните подросткам, что на фотографиях в журналах изображены модели с профессиональным макияжем;

- узнайте о генетических причинах различий физической формы и веса и объясните их подростку. Подросток должен понимать, что набор веса в раннем подростковом периоде является нормальным и необходимым. Напомните дочери, что если она унаследовала массивные икры бабушки, все упражнения и

диеты в мире не изменяют их. Напомните ей, что на самом деле это не имеет никакого значения;

- побуждайте подростка регулярно заниматься физическими упражнениями и наслаждаться возможностями своего тела. Убедитесь, что у вашего ребёнка есть возможность выбора из разных видов физической активности. Помните, что хорошая физическая форма и маленький размер одежды – не одно и то же;

- избегайте негативных высказываний о собственном теле и о еде. Если вы постоянно жалуетесь на собственное тело, ваш ребёнок, скорее всего, тоже будет относиться к своему телу критически;

- не контролируйте вес и питание подростка. Следите за тем, чтобы он ел что-то на завтрак, обед и ужин, но дайте ему возможность самостоятельно определять размер порций. Держите дома полезные для здоровья продукты. Спросите подростка, какие продукты он хотел бы видеть в холодильнике. Попросите его сходить с вами за покупками, попросите у него совета, что приготовить на обед или ужин. Родители могут помочь подростку распознать расстройства пищевого поведения, прежде чем они выйдут из-под контроля.

Исходя из вышеизложенного, рекомендации для клинического психолога при работе с подростками включают установление доверительного контакта, расспросы о культуре пищевого поведения, работа с семьёй подростка.

Также необходимо отметить, что работа с близкими больного подростка имеет важное значение, так как родственники могут способствовать выздоровлению.

Теоретический анализ литературы позволяет сделать следующие выводы: нервная анорексия – это заболевание, которое характеризуется поведением, направленным на процесс похудения, а также своеобразной манерой отношения к еде, потерей веса, сильно выраженным страхом прибавить в весе, нарушением схемы тела, а у женщин также аменореей.

Как указывалось ранее, М.В. Коркина и В.В. Марилов выделяют три стадии течения анорексии: дисморфофобическая, дисморфоманическая, кахектическая.

Также следует отметить, что течение заболевания разнообразно, итогом которого может быть полное спонтанное выздоровление, полное выздоровление после прохождения лечения у специалиста. Но также не исключается выздоровление с последующими рецидивами и прогрессирующее течение с летальным исходом от осложнений дистрофии.

Среди всех психических расстройств процент смертности при нервной анорексии один из самых высоких.

Правда, статистические сведения очень сильно разнятся.

По одним данным, этот показатель составляет от 5 до 10%, по другим – от 3% до 35%, что, по всей видимости, свидетельствует как об отсутствии единой статистической методологии, так и об отсутствии единого подхода к определению причины смерти.

В частности, высказывается мнение, что это заболевание часто «прячут» под другими диагнозами, такими как «истощение», «дистрофия» и другие.

У подростков страдающих данным заболеванием имеются особенности в развитии личности, например, они успешны в учёбе, избирательно общительны или замкнуты и т.д.

Эмоциональные и коммуникативные характеристики личности подростков с анорексией в большей степени зависят от семейных взаимоотношений.

Что касается коммуникативных характеристик, то здесь можно выделить то, что больной ограничивает себя в общении.

Проведённые на сегодняшний день исследования терапевтических методов вносят свой весомый вклад в развитие и оценку подходов к лечению расстройств приёма пищи. Эти подходы помогли уже многим пациенткам с расстройствами приёма пищи полностью или частично выздороветь, освободиться от сопутствующих проблем и от их последствий.

Исходя из вышеописанного, можно сделать вывод, о том, что одной из основных рекомендаций для клинического психолога в работе с подростками с нарушением пищевого поведения, является работа с чувствами и эмоциями самого подростка, которые лежат в основе заболевания.

Также необходимо отметить, что клинический психолог должен провести работу с близким окружением пациента с той целью, чтобы семья и близкие не нарушили процесс лечения.

Что касается рекомендаций работы клинического психолога со взрослыми, которые занимаются воспитанием подростка с нарушением пищевого поведения, то здесь необходимо отметить следующее: избегать негативных высказываний внешности подростка, вести с ним беседы про здоровый образ жизни, про сбалансированное питание.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, можно сделать вывод, что нервная анорексия – это заболевание, при котором поведение, направлено на процесс похудения.

Также отмечается своеобразная манера отношения к еде, потеря веса, сильно выраженный страх прибавить в весе, нарушение восприятия схемы тела, а у женщин также аменореей.

Следует обратить внимание на то, что на эмоциональные характеристики у подростков с анорексией влияют отношения в семье, взаимоотношения со сверстниками.

Что касается коммуникативных характеристик, то можно сказать следующее: они чувствуют себя ущербными из-за лишнего веса, которого нет. Кроме того им доставляют дискомфорт замечания окружающих по поводу изменившегося поведения и внешнего вида.

Проблем в общении прибавляет и раздражительность, возникшая у больного как осложнение анорексии, также такие больные склонны к самоизоляции.

В ходе исследования можно сделать вывод, что гипотеза о различиях между группой популяционной нормы здоровья и группой пациенток с анорексией, в коммуникативных и в эмоциональных характеристиках, подтвердилась.

Качественный анализ данных показал, что в группе популяционной нормы здоровья преобладает высокий уровень ситуативной и личностной тревожности, доминирующий стиль поведения личности в конфликтных ситуациях – соперничество, по результатам патохарактерологического диагностического опросника преобладают амальгамные типы акцентуаций характера.

В группе пациенток с анорексией получены следующие результаты: у первой пациентки выявлено высокий уровень личностной и ситуативной тревожности, доминирующий стиль поведения в конфликтных ситуациях – уступчивость, акцентуация характера – психастеническая.

У второй пациентки выявлено: высокий уровень личностной тревожности и умеренный уровень ситуативной тревожности, доминирующий стиль поведения в конфликтных ситуациях – избегание и уступчивость, акцентуация характера – лабильно-истероидная.

По данным описательной статистики: такой стиль поведения личности в конфликтных ситуациях как сотрудничество чаще встречается в группе пациенток с анорексией.

А такой стиль поведения личности в конфликтных ситуациях как соперничество чаще встречается в группе популяционной нормы здоровья.

Лабильный тип акцентуации характера чаще встречается в группе пациенток с анорексией.

Рекомендации для клинического психолога включают следующее:

проведение консультаций, на которых клиента расспрашивают о симптомах и характере нарушения, необходимо установление доверительного контакта между психологом и клиентом, работа с семейными мифами и легендами.

При заключительных встречах необходимо закрепить новое поведение. Также важна психологическая поддержка в новых сценариях контакта с пищей и близкими людьми.

Рекомендации для взрослых, из которых состоит окружение подростка должны включать в себя разъяснения подростку важности полноценного, сбалансированного питания и умеренных физических упражнений, избегать негативных высказываний о еде или собственном теле. То есть донести до ребёнка важность здорового образа жизни.

В целом можно сделать вывод, что на начало развития такой болезни как нервная анорексия влияют не только взаимоотношения внутри семьи подростка,

но и окружение вне её. Последствия нервной анорексии могут выражаться на физиологическом и психологическом уровнях.

На физиологическом уровне замедляется обмен веществ, падает давление, снижается температура тела, начинаются проблемы с менструальным циклом, перестаёт нормально работать желудочно-кишечный тракт, начинают выпадать волосы, слоятся ногти, портятся кожа и зубы, атрофируются мышцы, отмечается аритмия.

На психологическом уровне отмечаются следующие изменения: практически не отступает депрессия, появляется множество фобий, неврозы, ухудшается память, иногда могут проявляться необоснованные вспышки гнева, раздражительности, агрессии.

Для успешного выздоровления необходимо длительное и планомерное лечение под наблюдением специалиста.

Список использованных источников

1. Артемьева М. С., Брюхин А. Е., Цивилько М. А. Вестник Российского Университета Дружбы народов / М. С. Артемьева, А. Е. Брюхин, М. А. Цивилько // Серия Медицина. – 2002. – №3. – 59 с.
2. Бауман У., Перре М. Клиническая психология / У. Бауман, М. Перре. – СПб.: Мастера психологии, 2012. – 965 с.
3. Безисюк Е.В., Филин Е.Е. Современные представления о нервной анорексии / Е.В. Безисюк, Е.Е. Филин // Медицинская помощь. – 2010. – 18 – 19 с.
4. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина / М. Рад, П. Кристиан, В. Бройтигам.- М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2009. – 264 с.
5. Вудман М. Сова была раньше дочкой пекаря: ожирение, нервная анорексия и подавленная женственность / М. Вудман. – М.: Когито – Центр, 2014. – 176 с.
6. Гоготадзе И.Н., Самохвалов В.Е. Нервная анорексия. Учебно-методическое пособие / В. Е. Самохвалов, И. Н. Гоготадзе. – СПб.: ГПТМА, 2009. – 32 с.
7. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д. Н. Исаев. – СПб.: Роль, 2011. – 304 с.
8. Коркина М. В., Цивилько М. А., Марилов В. В. Нервная анорексия / В.В. Марилов, М. А. Цивилько, М. В. Коркина. - М.: Медицина; 2011. - 388 с.

9. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения / И.Г. Малкина-Пых - М.: Эксмо, 2007. – 1039 с.
10. Марилов В. В. Роль психотерапии в комплексном лечении больных нервной анорексией / В. В. Марилов – М.: Академия, 2010. – 92 с.
11. Международная классификация болезней МКБ-10. Электронная версия. Режим доступа: <http://www.mkb10.ru/>
12. Николаенко А. Н., Романова Е. А. Смертельная диета. Stop анорексия / Е. А. Романова, А. Н. Николаенко. – Центр – полиграф, 2007. – 223 с.
13. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия, 2-е издание / Н. Пезешкиан. - М.: Институт позитивной психотерапии, 2010. - 464 с.
14. Растам М. Нервно-психическая анорексия / М. Растам. В кн.: Психиатрия детского и подросткового возраста. Под ред. К. Гиллберга и Л. Халегрена. - М: ГЭОТАР-Мед, 2010. – С. 222 – 230.
15. Ромацкий В.В., Семин И.Р. Феноменология и классификация нарушений пищевого поведения /В.В. Ромацкий, И.Р. Семин // Бюллетень сибирской медицины, 2006. –5, №3. – С. 61 – 68.
16. Старшенбаум Г. В. Психосоматика и психотерапия: Исцеление души и тела / Г. В. Старшенбаум. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2005. – 496 с.
17. Психологические особенности больных анорексией. [Электронный ресурс] Электронная библиотека студента // Режим доступа: URL: <http://www.bibliofond.ru/about.aspx> (дата обращения: 08.01.2018).
18. Пищевая зависимость и другие нарушения пищевого поведения. [Электронный ресурс] Центр психологии и психоанализа «Кайрос» // Режим доступа: URL: <http://centr-kairos.ru/konsultacii-dla-vzroslyh/pishhevaya-zavisimost> (дата обращения: 08.01.2018).
19. Малкина – Пых И. Г. Терапия пищевого поведения. [Электронный ресурс] // Гештальт – терапия // Режим доступа: URL: <http://libatriam.net/read/51617/0/> (дата обращения: 08.01.2018).
20. Малкина – Пых И. Г. Терапия пищевого поведения. [Электронный ресурс] // Психотерапия нервной анорексии // Режим доступа: URL:

http://www.kodges.ru/static/read_13861_38_102.html (дата обращения: 08.01.2018).

21. Пилюгина С. Пищевое поведение и типология его нарушений. [Электронный ресурс] // Режим доступа: URL: <http://piliugina.ru/pishhevoe-povedenie-i-tipologiya-ego-narushenij/> (дата обращения: 08.01.2018).

22. Гештальт – подход к работе с расстройствами пищевого поведения. [Электронный ресурс] Учебно – методическая литература // Режим доступа: URL:http://studme.org/43166/psihologiya/geshtaltpodhod_rabote_rasstroystvami_pishevogo_povedeniya (дата обращения: 08.01.2018).

23. Расстройства приёма пищи. [Электронный ресурс] Свободная энциклопедия //Режим доступа: URL: <http://www.wikipedia.ru/wiki/> (дата обращения: 08.01.2018).

24. Работа с нарушениями пищевого поведения. [Электронный ресурс] // Режим доступа: URL: <http://www.b17.ru> (дата обращения: 11.01.2018).

25. Профилактика расстройств пищевого поведения. [Электронный ресурс] // Режим доступа: URL: <http://www.10gkb.by> (дата обращения: 11.01.2018).

Приложение 1

Таблица 1 – Показатели описательной статистики у группы популяционной нормы здоровья

Переменная	Описательные статистики (Таблица данных1)				
	N набл.	Среднее	Геометр. Среднее	Медиана	Мода
Личностная тревожность	20	49,30000	48,11395	47,50000	62,00000
Ситуативная тревожность	20	46,65000	45,70811	48,00000	54,00000
Уступчивость	20	6,60000	6,21324	6,50000	Множест.
Избегание	20	6,35000	6,07708	6,50000	8,000000
Компромисс	20	6,80000	6,35766	6,50000	5,000000
Сотрудничество	20	5,45000	5,33590	5,00000	5,000000
Соперничество	20	6,05000	5,73145	6,00000	6,000000
Гипертимный	20	3,95000		4,00000	4,000000
Циклоидный	20	3,90000		3,50000	3,000000
Лабильный	20	4,10000		4,00000	0,000000
Астено - невротический	20	2,90000		3,00000	0,000000
Сенситивный	20	3,75000		4,00000	4,000000
Психастенический	20	4,50000		4,50000	Множест.
Шизоидный	20	3,65000		3,50000	0,000000
Эпилептоидный	20	4,25000		4,00000	3,000000
Истероидный	20	3,80000		3,00000	Множест.
Неустойчивый	20	4,00000		3,50000	3,000000
Конформный	20	2,95000		3,00000	0,000000
Паранойяльный	20	0,00000		0,00000	0,000000
Определение конформности	20	1,95000		1,50000	0,000000
Определение отражения реакции эмансипации	20	2,70000		2,00000	6,000000

Переменная	Описательные статистики (Таблица данных1)				
	Частота моды	Сумма	Минимум	Максим.	Нижняя Квартиль
Личностная тревожность	3	986,0000	31,00000	65,00000	43,50000
Ситуативная тревожность	2	933,0000	31,00000	60,00000	39,00000
Уступчивость	5	132,0000	2,00000	10,00000	5,00000
Избегание	5	127,0000	3,00000	9,00000	5,00000
Компромисс	5	136,0000	3,00000	11,00000	5,00000
Сотрудничество	8	109,0000	3,00000	7,00000	5,00000
Соперничество	6	121,0000	2,00000	10,00000	5,00000
Гипертимный	6	79,0000	0,00000	10,00000	2,50000
Циклоидный	5	78,0000	0,00000	10,00000	2,50000

Переменная	Описательные статистики (Таблица данных1)				
	Частота моды	Сумма	Минимум	Максим.	Нижняя Квартиль
Лабильный	4	82,0000	0,00000	9,00000	1,50000
Астено - невротический	7	58,0000	0,00000	7,00000	0,00000
Сенситивный	5	75,0000	0,00000	10,00000	1,50000
Психастенический	4	90,0000	0,00000	11,00000	2,00000
Шизоидный	5	73,0000	0,00000	10,00000	0,50000
Эпилептоидный	6	85,0000	0,00000	11,00000	3,00000
Истероидный	4	76,0000	0,00000	9,00000	2,00000
Неустойчивый	5	80,0000	0,00000	10,00000	2,50000
Конформный	7	59,0000	0,00000	11,00000	0,00000
Паранойяльный	20	0,0000	0,00000	0,00000	0,00000
Определение конформности	7	39,0000	0,00000	7,00000	0,00000
Определение отражения реакции эмансипации	5	54,0000	0,00000	6,00000	1,00000

Переменная	Описательные статистики (Таблица данных1)			
	Верхняя Квартиль	Дисперсия	Ст.откл.	Коэф.Вар.
Личностная тревожность	59,00000	115,1684	10,73166	21,7681
Ситуативная тревожность	54,50000	88,0289	9,38237	20,1123
Уступчивость	8,00000	4,6737	2,16187	32,7556
Избегание	8,00000	3,2921	1,81442	28,5735
Компромисс	9,00000	5,8526	2,41922	35,5768
Сотрудничество	6,00000	1,2079	1,09904	20,1659
Соперничество	7,00000	3,7342	1,93241	31,9407
Гипертимный	5,00000	5,2079	2,28208	57,7742
Циклоидный	5,00000	6,3053	2,51103	64,3853
Лабильный	6,50000	9,1474	3,02446	73,7674
Астено - невротический	5,00000	6,7263	2,59351	89,4315
Сенситивный	5,00000	7,1447	2,67296	71,2790
Психастенический	6,00000	8,2632	2,87457	63,8794
Шизоидный	5,50000	8,7658	2,96071	81,1153
Эпилептоидный	6,00000	6,7237	2,59301	61,0119
Истероидный	7,00000	8,0632	2,83957	74,7255
Неустойчивый	5,00000	7,2632	2,69502	67,3756
Конформный	4,50000	10,1553	3,18673	108,0248
Паранойяльный	0,00000	0,0000	0,00000	0,0000
Определение конформности	3,00000	4,7868	2,18789	112,1992
Определение отражения реакции эмансипации	5,50000	5,3789	2,31926	85,8984

Переменная	Описательные статистики (Таблица данных1)			
	Станд. ошибки	Асимметрия	Стд.ош. Асимметрия	Эксцесс
Личностная тревожность	2,399671	-0,226070	0,512103	-1,00425
Ситуативная тревожность	2,097963	-0,203209	0,512103	-1,32309
Уступчивость	0,483409	0,056952	0,512103	-0,25195
Избегание	0,405716	-0,230413	0,512103	-1,11518
Компромисс	0,540954	0,061458	0,512103	-1,15779
Сотрудничество	0,245753	-0,255719	0,512103	-0,13549
Соперничество	0,432100	0,408083	0,512103	0,74959
Гипертимный	0,510289	0,924294	0,512103	1,77466
Циклоидный	0,561483	0,878927	0,512103	1,19965
Лабильный	0,676290	0,084213	0,512103	-1,12218
Астено - невротический	0,579927	0,061548	0,512103	-1,70674
Сенситивный	0,597693	0,481138	0,512103	0,26915
Психастенический	0,642774	0,546560	0,512103	0,41899

Переменная	Описательные статистики (Таблица данных1)			
	Станд. ошибки	Асимметрия	Стд.ош. Асимметрия	Эксцесс
Шизоидный	0,662034	0,380209	0,512103	-0,52088
Эпилептоидный	0,579814	0,740866	0,512103	1,33791
Истероидный	0,634947	0,347569	0,512103	-1,10133
Неустойчивый	0,602626	0,717013	0,512103	0,33065
Конформный	0,712575	1,156404	0,512103	0,93688
Паранойяльный	0,000000			0,00000
Определение конформности	0,489226	1,176201	0,512103	0,54588
Определение отражения реакции эмансипации	0,518601	0,433704	0,512103	-1,37283

Переменная	Описательные статистики (Таблица данных1)
	Стд.ош. Эксцесс
Личностная тревожность	0,992384
Ситуативная тревожность	0,992384
Уступчивость	0,992384
Избегание	0,992384
Компромисс	0,992384
Сотрудничество	0,992384
Соперничество	0,992384
Гипертимный	0,992384
Циклоидный	0,992384
Лабильный	0,992384
Астено - невротический	0,992384
Сенситивный	0,992384
Психастенический	0,992384
Шизоидный	0,992384
Эпилептоидный	0,992384
Истероидный	0,992384
Неустойчивый	0,992384
Конформный	0,992384
Паранойяльный	
Определение конформности	0,992384
Определение отражения реакции эмансипации	0,992384

Переменная	Описательные статистики (Таблица данных1)				
	N набл.	Среднее	Геометр. Среднее	Медиана	Мода
Личностная тревожность	2	54,50000	53,98148	54,50000	Множест.
Ситуативная тревожность	2	43,50000	41,95235	43,50000	Множест.
Уступчивость	2	9,00000	9,00000	9,00000	9,000000
Избегание	2	7,50000	7,34847	7,50000	Множест.
Компромисс	2	6,00000	6,00000	6,00000	6,000000
Сотрудничество	2	8,00000	7,93725	8,00000	Множест.
Соперничество	2	1,00000		1,00000	Множест.
Гипертимный	2	3,00000	3,00000	3,00000	3,000000
Циклоидный	2	5,00000	4,00000	5,00000	Множест.
Лабильный	2	9,50000	9,38083	9,50000	Множест.
Астено - невротический	2	5,00000	4,58258	5,00000	Множест.
Сенситивный	2	6,50000	6,48074	6,50000	Множест.
Психастенический	2	8,00000	7,41620	8,00000	Множест.
Шизоидный	2	2,00000	1,73205	2,00000	Множест.
Эпилептоидный	2	5,50000	4,89898	5,50000	Множест.
Истероидный	2	7,00000	6,70820	7,00000	Множест.
Неустойчивый	2	2,00000	1,73205	2,00000	Множест.
Конформный	2	6,00000	5,65685	6,00000	Множест.
Паранойальный	2	0,00000		0,00000	0,000000
Определение конформности	2	4,00000	3,46410	4,00000	Множест.
Определение отражения реакции эмансипации	2	0,50000		0,50000	Множест.

Переменная	Описательные статистики (Таблица данных1)				
	Частота моды	Сумма	Минимум	Максим.	Нижняя Квартиль
Личностная тревожность	1	109,0000	47,00000	62,00000	47,00000
Ситуативная тревожность	1	87,0000	32,00000	55,00000	32,00000
Уступчивость	2	18,0000	9,00000	9,00000	9,00000
Избегание	1	15,0000	6,00000	9,00000	6,00000
Компромисс	2	12,0000	6,00000	6,00000	6,00000
Сотрудничество	1	16,0000	7,00000	9,00000	7,00000
Соперничество	1	2,0000	0,00000	2,00000	0,00000
Гипертимный	2	6,0000	3,00000	3,00000	3,00000
Циклоидный	1	10,0000	2,00000	8,00000	2,00000
Лабильный	1	19,0000	8,00000	11,00000	8,00000
Астено - невротический	1	10,0000	3,00000	7,00000	3,00000
Сенситивный	1	13,0000	6,00000	7,00000	6,00000
Психастенический	1	16,0000	5,00000	11,00000	5,00000
Шизоидный	1	4,0000	1,00000	3,00000	1,00000
Эпилептоидный	1	11,0000	3,00000	8,00000	3,00000
Истероидный	1	14,0000	5,00000	9,00000	5,00000
Неустойчивый	1	4,0000	1,00000	3,00000	1,00000
Конформный	1	12,0000	4,00000	8,00000	4,00000
Паранойальный	2	0,0000	0,00000	0,00000	0,00000
Определение конформности	1	8,0000	2,00000	6,00000	2,00000
Определение отражения реакции эмансипации	1	1,0000	0,00000	1,00000	0,00000

Переменная	Описательные статистики (Таблица данных1)			
	Верхняя Квартиль	Дисперсия	Ст.откл.	Коэф.Вар.
Личностная тревожность	62,00000	112,5000	10,60660	19,4617
Ситуативная тревожность	55,00000	264,5000	16,26346	37,3873
Уступчивость	9,00000	0,0000	0,00000	0,0000
Избегание	9,00000	4,5000	2,12132	28,2843

Переменная	Описательные статистики (Таблица данных1)			
	Верхняя Квартиль	Дисперсия	Ст.откл.	Коеф.Вар.
Компромисс	6,00000	0,0000	0,00000	0,0000
Сотрудничество	9,00000	2,0000	1,41421	17,6777
Соперничество	2,00000	2,0000	1,41421	141,4214
Гипертимный	3,00000	0,0000	0,00000	0,0000
Циклоидный	8,00000	18,0000	4,24264	84,8528
Лабильный	11,00000	4,5000	2,12132	22,3297
Астено - невротический	7,00000	8,0000	2,82843	56,5685
Сенситивный	7,00000	0,5000	0,70711	10,8786
Психастенический	11,00000	18,0000	4,24264	53,0330
Шизоидный	3,00000	2,0000	1,41421	70,7107
Эпилептоидный	8,00000	12,5000	3,53553	64,2824
Истероидный	9,00000	8,0000	2,82843	40,4061
Неустойчивый	3,00000	2,0000	1,41421	70,7107
Конформный	8,00000	8,0000	2,82843	47,1405
Паранойяльный	0,00000	0,0000	0,00000	0,0000
Определение конформности	6,00000	8,0000	2,82843	70,7107
Определение отражения реакции эмансипации	1,00000	0,5000	0,70711	141,4214

Переменная	Описательные статистики (Таблица данных1)			
	Станд. ошибки	Асимметрия	Стд.ош. Асимметрия	Эксцесс
Личностная тревожность	7,50000			
Ситуативная тревожность	11,50000			
Уступчивость	0,00000			0,00
Избегание	1,50000			
Компромисс	0,00000			0,00
Сотрудничество	1,00000			
Соперничество	1,00000			
Гипертимный	0,00000			0,00
Циклоидный	3,00000			
Лабильный	1,50000			
Астено - невротический	2,00000			
Сенситивный	0,50000			
Психастенический	3,00000			
Шизоидный	1,00000			
Эпилептоидный	2,50000			
Истероидный	2,00000			
Неустойчивый	1,00000			
Конформный	2,00000			
Паранойяльный	0,00000			0,00
Определение конформности	2,00000			
Определение отражения реакции эмансипации	0,50000			

Переменная	Описательные статистики (Таблица данных1)
	Стд.ош. Эксцесс
Личностная тревожность	
Ситуативная тревожность	
Уступчивость	
Избегание	
Компромисс	

Переменная	Описательные статистики (Таблица данных1)
	Стд.ош. Эксцесс
Сотрудничество	
Соперничество	
Гипертимный	
Циклоидный	
Лабильный	
Астено - невротический	
Сенситивный	
Психастенический	
Шизоидный	
Эпилептоидный	
Истероидный	
Неустойчивый	
Конформный	
Паранойяльный	
Определение конформности	
Определение отражения реакции эмансипации	

Приложение 3

Таблица 3 – Показатели по критерию Шапиро – Уилка в группе популяционной нормы здоровья

Переменная	Шапиро - Уилка, W	P
------------	-------------------	---

Личностная тревожность	0,92172	0,10695
Ситуативная тревожность	0,93743	0,21433
Уступчивость	0,93280	0,17478
Избегание	0,93403	0,18451
Компромисс	0,94153	0,25620
Сотрудничество	0,90588	0,05323
Соперничество	0,93439	0,18749
Гипертимный	0,92737	0,13739
Циклоидный	0,91808	0,09101
Лабильный	0,93347	0,18002
Астено - невротический	0,84894	0,00512
Сенситивный	0,93730	0,21312
Психастенический	0,94445	0,29055
Шизоидный	0,92800	0,14129
Эпилептоидный	0,93129	0,16350
Истероидный	0,92033	0,10056
Неустойчивый	0,93447	0,18812
Конформный	0,84923	0,00517
Определение конформности	0,82081	0,00180
Определение отражения реакции эмансипации	0,84989	0,00531

Приложение 4

Таблица 4 – Показатели по критерию Манна – Уитни в группе популяционной нормы здоровья и в группе пациенток с анорексией

Переменная	Манна - Уитни, U	P	P
------------	------------------	---	---

Личностная тревожность	13,00000	0,457874	0,456088
Ситуативная тревожность	17,00000	0,775246	0,775060
Уступчивость	8,00000	0,189052	0,181733
Избегание	12,50000	0,424026	0,417915
Компромисс	18,00000	0,863978	0,862431
Сотрудничество	2,00000	0,045648	0,038160
Соперничество	0,50000	0,030011	0,027268
Гипертимный	13,00000	0,457874	0,449698
Циклоидный	18,50000	0,909073	0,907954
Лабильный	2,50000	0,052194	0,050869
Астено-невротический	10,50000	0,304011	0,293556
Сенситивный	5,50000	0,109841	0,106121
Психастенический	9,00000	0,230457	0,225681
Шизоидный	13,50000	0,493188	0,487353
Эпилептоидный	15,50000	0,647792	0,640921
Истероидный	7,00000	0,153408	0,149794
Неустойчивый	10,00000	0,277933	0,271617
Конформный	7,50000	0,170533	0,161002
Паранойальный	20,00000	0,954462	
Определение конформности	10,00000	0,277933	0,265718
Определение отражения реакции эмансипации	8,00000	0,189052	0,180455