Министерство науки и высшего образования Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого»

Педагогический институт

Кафедра педагогики

.

ВЛИЯНИЕ СЕМЬИ НА ФОРМИРОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Междисциплинарная курсовая работа

по направлению подготовки 44.03.02 – Психолого-педагогическое образование,

направленность (профиль) «Социальная педагогика и психология»

Научный руководитель:

кандидат пед. наук,

доцент кафедры педагогики

\_\_\_\_\_\_\_ С. В. Ваторопина

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г.

Выполнила:

студентка группы 0361

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Я.А. Макарова

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 г.

Содержание

Введение……………………………………………………………………………...3

Глава 1...………………………………………………………………………………6

* 1. Сущность понятий «нарушение пищевого поведения», «нервная анорексия» и «нервная булимия» ……………………………………………..…6
  2. Семья как фактор, приводящий к нарушению пищевого поведения………………………………………………………………………...14
  3. Деятельность социального педагога по формированию правильного пищевого поведения у подростков ……………………………………………..17

Выводы по 1 главе………………………………………………………………..21

Глава 2. ……………………………………………………………………………...23

2.1 Методика процедуры исследования……………………………………….23

2.2 Анализ результатов исследования и их интерпретация………………….25

Выводы по 2 главе………………………………………………………………30

Заключение………………………………………………………………………….33

Библиографический список……………………………………………………..…35

Приложения…………………………………………………………………………37

Введение

Семья является первичным социальным институтом в обществе, который активно учувствует в формировании и воспитании новых членов общества, передаче ценностей, традиций и культурных норм. Семья – это самое первое и главное место, где развивается самоидентификация маленькой личности. Она для ребенка является ближайшим кругом общения, в ней формируется его психика и отношения с внешним миром.

Семья помогает ребёнку справляться с различными трудностями и проблемами, связанными со здоровьем, трудностями в обучении, общением со сверстниками, и наоборот, нарушение детско-родительских отношений ведет к формированию различных психологических проблем и комплексов. В частности, это может быть связано с риском формирования нарушения пищевого поведения у ребенка.

Основные традиции, нормы и правила, регулирующие отношения человека с миром в целом, и, в частности, пищевое поведение, формируются в раннем возрасте во взаимодействии ребенка со значимыми взрослыми. На сегодняшний день роль семьи и ближайшего социального окружения в формировании пищевых привычек у детей изучается очень широко (М. Ю. Дурнева, 2014; О. А. Скугаревский, С. В. Сивуха, 2003, 2005; Н. В. Зверева, Е. И. Дубровская, 2013; В. И. Шебанова, С. Г. Шебанова, 2013; Birch L., Savage J., Ventura A, Scaglioni S., Reijonen 2003; Eliassen E, 2011; Loth K., 2013). Основное внимание исследователей сосредоточено, главным образом, на динамике пищевого поведения и его расстройств в ходе развития, а также на роли родителей в формировании пищевого поведения детей.

Проблема расстройства пищевого поведения (РПП) среди подростков растет с каждым годом. РПП – одно из самых распространённых заболеваний среди современного поколения. По статистике, расстройство пищевого поведения часто начинается в подростковом или юношеском возрасте, средний возраст от 14 до 19 лет. Оно является третьим по распространенности хроническим заболеванием у девушек-подростков. На сегодняшний день расстройством пищевого поведения в среднем в развитых странах болеют анорексией 4%, булимией – 2%. По данным Американской Психиатрической Ассоциации процент населения, страдающего нервной анорексией, составляет 0,4%, а нервной булимией 1-1,5% и продолжает расти [17]. Многие люди, имеющие пищевые расстройства, скрывают свои симптомы от окружающих и не обращаются за психологической и медицинской помощью. Можно предположить, что фактическое количество людей, страдающих этим расстройством, больше, чем указывают имеющиеся данные, что подчеркивает важность проблемы расстройств пищевого поведения для системы здравоохранения [10].

В статье «Особенности распространенности расстройств пищевого поведения у подростков города Пензы» А. М. Борисова, Е. Н. Воронова, Л. И. Краснова, Л. А. Мусатова, А. А. Разина, так же рассматриваются различные пищевые расстройства подростков. В данном источнике указано: «В исследовании приняли участие 123 школьника, соответствующие критериям отбора, из них 62 (50,4 %) девочки и 61 (49,6 %) мальчик. У 83 (67,5 %) школьников выявлены нарушения пищевого поведения: 42 девушки (68 %) в результате опроса набрали баллы выше нормальных показателей, что позволяет диагностировать РПП; у 41 мальчика (67 %) результат был больше нормы».

На основании вышеизложенного мы можем сделать выводы, что тема исследования является актуальной.

Цель – изучить влияние семьи на формирование нарушений пищевого поведения у подростков.

Объект – процесс формирования нарушений пищевого поведения у подростков.

Предмет – семья как фактор формирования нарушений пищевого поведения у подростков.

Для достижения поставленной цели нами были выделены следующие задачи:

1. Проанализировать научную и методическую литературу по проблеме исследования;
2. Раскрыть сущность понятий «нарушения пищевого поведения», «нервная анорексия» и «нервная булимия»
3. Описать факторы, приводящие к нарушению пищевого поведения у подростков;
4. Провести диагностическое исследование среди подростков по выявлению наличия/отсутствия проблемы формирования нарушений пищевого поведения;
5. Проанализировать результаты диагностического исследования подростков по наличию/отсутствию проблемы формирования нарушений пищевого поведения;

**Методики и методы исследования:** анализ научной литературы по исследуемой проблеме; анкетирование, тестирование.

**База исследования**: Муниципальное автономное общеобразовательное учреждение «Средняя школа с. Левоча» Хвойнинского муниципального округа Новгородской области, «Средняя школа № 2 им. Е.А. Горюнова п. Хвойная» Хвойнинского муниципального округа Новгородской области

Глава 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

1.1 Сущность понятий «нарушения пищевого поведения», «нервная анорексия» и «нервная булимия»

Существуют разные определения понятия «пищевое поведение».

С. В. Макуха (2017) пишет, что «пищевое поведение» – это комплексное понятие, включающее в себя информированность и опыт в отношении пищи, сформированные привычки, стереотипы питания, которые способны меняться при стрессах, знания об образе своего тела и действия, направленные на достижения данного образа [8].

О. И. Салмина-Хвостова (2010) отмечает, что пищевое поведение является единством форм поведения человека, включающее в себя режим питания, скорость приема пищи, причины и поводы к приему пищи по мимо чувства голода и аппетита, отношение индивида к процессу питания [11].

Т. В. Харевич (2013) считает, что под пищевым поведением человека можно понимать поведение, направленное на выбор продуктов питания, организацию процесса приема пищи, пищевые предпочтения. Ценностное отношение к пище и ее приему определяют, как пищевое поведение. Здесь необходимо обратить внимание на стереотипы питания в обычных и в стрессовых условиях [4].

В. Д. Менделевич (2007) утверждает, что пищевое поведение включает в себя формы поведения, установки, эмоции и привычки человека, касающиеся еды и являющимися индивидуальными. Так же пищевое поведение включает в себя сформированные семейные привычки и поведение по отношению к еде [6].

Л. Г. Волдаева, А. С. Жедунова (2014) отмечают, что пищевое поведение, тесно взаимосвязано с культурными, социальными и психологическими факторами. Ни для кого не секрет, что для жизнедеятельности, человеку необходима энергия. Даже находясь в полном покое, организм человека тратит калории. Если человек принимает пищу из-за аппетита, а не из чувства голода, то не избежать нарушения пищевого поведения.

Пищевое поведение включает в себя различные компоненты поведения, связанные с процессом приёма пищи [3].

Нарушение пищевого поведения – это группа патологических состояний, при которых человек переедает, сильно ограничивает себя в еде или испытывает эмоциональный дискомфорт из-за собственных пищевых привычек.

Разграничить «нормальное» пищевое поведение и патологическое очень сложно, однако пищевое поведение всё же условно делят на здоровое (гармоничное, адекватное) и нездоровое (патологическое, девиантное).

Под воздействием различных факторов можно выделить несколько основных подходов и определений понятия нарушение пищевого поведения, предложенных различными авторами:

1. Психологический подход. Рассматривает дисфункциональные отношения человека с пищей. Одним из основателей теории о расстройствах пищевого поведения является Кристофер Фэйрберн. Он утверждал, что эти расстройства являются психологическими, а не физиологическими, и их корень лежит в длительном конфликте с собственным телом, самооценкой и контролем.

Фэйрберн предполагал, что расстройства пищевого поведения, такие как анорексия и булимия, возникают как попытка человека контролировать свою самооценку и ощущение собственной ценности через контроль над пищей и телом. Расстройства пищевого поведения могут служить механизмом разрешения эмоциональных проблем и стремлением к самоуправлению.

Психологический подход к нарушениям пищевого поведения также обращает внимание на эмоциональные и психологические факторы, связанные с пищей, переживаниями и ценностями, а также на влияние окружающей среды на формирование отношения к пище [9].

1. Медицинский подход: согласно данному подходу, нарушение пищевого поведения – это психические заболевания, связанные с пищевым поведением, такие как анорексия, булимия и компульсивное переедание. Уильям Гулд, Стивен Гроль и Джоэл Йейтс, фокусируются на физиологических и психических аспектах данных расстройств и их влиянии на здоровье человека. Они исследуют возможные причины таких расстройств, включая генетические факторы, нейрохимические дисбалансы и нарушения в функционировании мозга.

Медицинский подход обращает внимание на психические симптомы и последствия нарушений пищевого поведения, такие как сильное снижение или увеличение веса, нарушения электролитного баланса, проблемы с сердцем и другие возможные осложнения, связанные с нарушениями пищевого поведения. [13].

1. Социокультурный подход: согласно данному подходу, нарушение пищевого поведения рассматривается в контексте культурных, социальных и экономических факторов. Наиболее известными авторами в этой области являются Мишель Фулбрук и Дженсен Медник. Они указывают на влияние среды и общественных норм на отношение к пище, самооценку и самопринятие, а также на развитие расстройств питания, подчеркивают, как общественные нормы, ценности и стандарты красоты влияют на отношение людей к своему телу и пище.

Кроме того, социокультурный подход обращает внимание на роль семьи, друзей и социального окружения в формировании отношения к пище и самооценке. Факторы, такие как диеты в семье, критика по поводу внешности, подверженность трендам и стереотипам, также оказывают влияние на формирование негативных отношений к пище и возникновение расстройств питания.

Социокультурный подход к нарушениям пищевого поведения указывает на необходимость изменения общественного мнения и норм, чтобы создать более позитивное и здоровое отношение к пище и телу. Это может включать развитие положительной телесной культуры, пропаганду здорового и сбалансированного питания, а также борьбу с социальным давлением, связанным с идеалами красоты [13].

1. Биологический подход: согласно данному подходу, нарушение пищевого поведения подразумевает изучение физиологических факторов и наследственности, которые могут играть роль в возникновении этих расстройств. Здесь важными авторами являются Джоэль Дрекер и Роберт Макналти, которые исследовали биологические механизмы аппетита, насыщения и регуляции пищевого поведения.

Биологический подход к нарушениям пищевого поведения предполагает, что некоторые люди могут иметь генетическую предрасположенность к развитию данных расстройств, связанную с нарушениями в регуляции аппетита, метаболизме или нейрохимических системах, контролирующих пищевое поведение.

В рамках данного подхода, также исследуется влияние окружающей среды на физиологию и пищевое поведение. Например, недостаток пищи, периоды голода или повторяющиеся диеты могут вызывать изменения в физиологических системах, приводящие к потреблению большего количества пищи и нарушению естественной регуляции аппетита.

Биологический подход обогащает наше понимание этих расстройств, исследуя основы их физиологии и генетики. Однако стоит отметить, что данный подход часто комбинируется с другими подходами, такими как психологический и социокультурный, для полного понимания и эффективного лечения нарушений пищевого поведения [2].

Нарушения пищевого поведения – группа психогенных поведенческих синдромов, характеризующихся отклонениями при приеме и переработке пищи. К данной группе относится нервная анорексия, нервная булимия, переедание и некоторые другие расстройства. Симптомы разнообразны, включают отказ от еды, обжорство, спровоцированную и непроизвольную рвоту, применение слабительных препаратов, отрицание субъективной значимости проблемы веса.

Изучив теоретические источники, по рассматриваемой нами проблеме, можно выделить общие и частные черты заболеваний:

1. Общие: изменение приема пищи; изменение веса; ухудшение здоровья; частые смены настроения; отказ от общения.

2. Частные: представлены в таблице 1 – «Симптомы анорексии и булимии».

Таблица 1 – Симптомы анорексии и булимии

|  |  |
| --- | --- |
| **Симптомы анорексии** | **Симптомы булимии** |
| пациент сознательно отказывается от еды; | потребление пищи происходит приступообразно, часто сопровождается перееданием; |
| человек не осознает проблему, отказывается от помощи; | человек признает, что страдает булимическим расстройством, осознает проблему; |
| потеря веса составляет до 50% от начальной стадии; | масса тела в норме, но возможно и ожирение; |
| приводит к полному истощению; | реже приводит к риску для жизни из-за отказа внутренних органов, но сопровождается суицидальным риском; |
| людям, страдающим анорексией, присущ гиперконтроль во всех сферах жизни; | при булимии выражена импульсивность в беспорядочной сексуальной жизни, злоупотреблении психоактивными веществами, самоповреждениях; |
| прогнозы неблагоприятны, заболевание часто приводит к летальному исходу. | лечение в большинстве случаев успешно. |

Характеристика различных видов расстройств пищевого поведения:

1 Нервная анорексия – это расстройство пищевого поведения, характеризующееся ограничением пищевого приема и сильным стремлением к постоянному снижению веса. Люди с анорексией обычно имеют искаженное восприятие своего тела и боятся набирать лишний вес, несмотря на фактическую худобу.

Это серьезное психическое расстройство, которое может повлиять на физическое и психическое здоровье человека. Люди с анорексией могут испытывать неправильное питание, сильную потерю веса, нарушения электролитного баланса, проблемы со здоровьем кожи, волосами и ногтями, а также проблемы с органами, включая сердце.

Анорексия обычно вызвана сочетанием факторов, включая генетическую предрасположенность, социокультурное окружение, низкую самооценку, стремление к совершенству и контролю, а также психологические проблемы, такие как тревожность и депрессия.

2 Нервная булимия – это расстройство пищевого поведения, характеризующееся повторяющимися эпизодами чрезмерного переедания (приема большого количества пищи за короткий промежуток времени) с последующим использованием компенсаторных методов контроля веса, таких как самопроизвольное вызывание рвоты, употребление слабительных препаратов, интенсивные физические упражнения или периодический голод.

Люди с булимией обычно испытывают циклы переедания и очищения, которые могут повлиять на их физическое и психическое здоровье. Они могут чувствовать сильный стыд, вина и потерю контроля во время переедания, а потом стремятся «компенсировать» это с помощью различных методов, чтобы предотвратить набор веса.

Булимия обычно связана с низкой самооценкой, стремлением к совершенству, недовольством своим телом, психологическими проблемами, такими как тревожность и депрессия, а также социокультурными факторами, такими как идеалы красоты, общественное давление или сравнение с другими людьми.

Любое нарушение возникает из-за ряда предшествующих факторов:

Семейные факторы. Существует повышенный риск возникновения нарушения пищевого поведения у детей и подростков, чьи родители, родственники сталкивались с данной аддикцией. Исследования показали (Марилов В.В.), что у 2-5% больных мать, а у 1% сестры или братья страдали аналогичным заболеванием.

Личностные факторы. В эту группу факторов можно отнести перфекционистски - обсессивный тип личности, поскольку перфекционизм является отличительным признаком больных нервной анорексией. Также о риске появления нервной анорексии могут свидетельствовать низкая самооценка, неуверенность в себе, истерические черты характера и т. д.

Факторы стрессовых событий. Сюда относятся любые, значимые для личности психотравмирующие ситуации (утрата близкого человека, сексуальное, психологическое, физическое насилие).

Возрастные факторы. Подростковый возраст в онтогенезе определяется фундаментальными изменениями, которые происходят в самосознании человека и оказывают влияние на его развитие. Эти изменения связаны прежде всего с тем, что у подростка в обозначенный период формируется система социальных и моральных ценностей и система самооценочных суждений претерпевает трансформацию. Некоторые подростки не уверены в своем будущем и находят утешение в еде, которая позволяет им испытать чувство достижения поставленной цели. Например, при нервной анорексии подобным достижением выступает потеря веса.

Анорексия, в отличие от булимии, бывает следствием навязчивой идеи о похудении. Так же спровоцировать развитие расстройства пищевого поведения могут следующие заболевания:

1. сахарный диабет;
2. наркозависимость, алкоголизм;
3. тиреотоксикоз;
4. малокровие или анемия;
5. затяжная депрессия, наличие фобий, страхов;
6. тяжелая интоксикация организма.

1.2 Семья как фактор приводящий к нарушению пищевого поведения

Одну из важнейших ролей в развитии пищевых нарушений следует отвести семье, которая психологически может быть рассмотрена как определённая система внутренних, психологических, ролевых отношений, претерпевающая постоянные изменения под воздействием изменяющихся жизненных условий. Целый ряд проблем, связанных с развитием нарушений пищевого поведения, берут начало именно в детстве, получает свое развитие в отрочестве и юности и, как правило, зависит от специфики детско-родительских отношений.

Семья является таким социальным институтом, который должен осуществлять воспитание ребенка для успешной адаптации в обществе. У ребенка формируется мировоззрение, развиваются моральные качества, определяется правильное отношение к еде. В каждой семье существуют свои привычки по отношению к пище, которые ребенок на подсознательном уровне перенимает, а в будущем не может избавиться. Пищевые установки родителей и их поведение оказывают центральное значение в формировании пищевых установок и привычек детей в раннем и дошкольном возрасте.

Первые три года жизни занимают особое место в формировании пищевого поведения ребенка, поскольку тесно связаны с его моторным, когнитивным и социальным развитием. Ребенок приобретает автономию в регуляции своего поведения (в том числе и пищевого) благодаря развитию моторных и речевых навыков. Теперь он может самостоятельно определять необходимое количество еды, наиболее комфортное время для приема пищи, у него формируются вкусовые предпочтения. Психологи подчеркивают, что в этот период крайне важно предоставлять детям свободу выбора в процессе приема пищи: делать перерывы в кормлении, если ребенок устал; позволять ребенку играть или отвлекаться во время кормления [14]. Некоторые дозволения возможны и в отношении «любимой» и «нелюбимой еды». Это позволит избежать возникновения неофобии (негативного отношения к новой пище) в раннем возрасте.

Итак, дезадаптивные пищевые установки, сформированные в младенческом и раннем возрасте, могут приводить к формированию нарушений пищевого поведения в дальнейшем.

В дошкольном возрасте пищевое поведение претерпевает ряд изменений. В этот период пищевая потребность часто актуализируется в ответ на стимулы окружения, повышая тем самым вероятность изменения индекса массы тела в сторону его увеличения. Кроме того, родители могут недооценивать реальный вес своего ребенка, увеличивая шансы формирования ожирения уже в дошкольном возрасте.

В подростковом возрасте на первый план выходит социальное окружение, а именно сверстники. Оказалось, что подростки с одинаковыми пищевыми привычками склонны формировать некоторые сообщества, отличающие их от других групп по параметру выбора «здоровой или нездоровой пищи» [14].

Влияние семьи на формирование пищевых привычек может проходить по-разному. В первую очередь, дети обращают внимание на питание своих родителей, их предпочтения. Бывают случаи, когда родители навязывают свое поведение в отношении пищи. К примеру, можно привести родителей-вегетарианцев, которые исключают потребление мяса у своих детей, потому что сами перешли на такое питание. Также если в семье отсутствует здоровая пища, то у детей не выработается привычка употреблять овощи и фрукты. Нередко можно заметить случаи, когда с самого детства детям дают сладкое, без которого они уже не видят своей жизни, что часто приводит к ожирению в дошкольном возрасте. Но встречаются моменты, когда родители, наоборот, настаивают на употреблении овощей и фруктов, которые детям не по нраву, и тогда у них может выработаться ненависть к здоровым продуктам в целом.

Существует повышенный риск возникновения пищевого нарушения у детей и подростков, чьи родители или близкие родственники сталкивались с данной проблемой. В.В. Марилов в своих исследованиях отмечает, что у 5% больных мать, а у 1% сестры или браться страдали нарушениями пищевого поведения [5]. В период с 1996 по 2018 год, группа исследователей под руководством Х. Бергмайер из Университета Северной Каролины провела обзор 13 опубликованных статей, чтобы оценить, как взаимодействие между матерью и ребенком влияет на формирование пищевого поведения детей. Исследования показали, что существует прямая связь между регулярностью приема пищи в семье и здоровым рационом питания у детей дошкольного возраста. Также было выявлено, что образцы питания у детей и их социализация тесно связаны с питанием в семье и общением во время приема пищи. Кроме того, негативные высказывания родителей о еде, их собственный отказ от приема пищи, а также одобрение ребенком приема пищи влияют на более высокие показатели веса у детей [16].

Исследования, проведенные А. Аройо и его соавторами в Великобритании, сосредоточились на межпоколенческом влиянии в сфере пищевого поведения. Они изучили нарушения пищевого поведения на трех поколениях женщин в семьях – бабушек, матерей и дочерей, включая диетическое поведение, компульсивное переедание и булимию. В ходе исследования были анализированы прямые и косвенные комментарии матерей относительно образа тела и пищевого поведения их дочерей. Образец включал 242 триады «бабушка – мать – дочь». Участники предоставили отчеты о своем собственном питании и о восприятии пищевого поведения своих матерей. Результаты показали существование связи между сообщениями матерей и дочерей относительно беспорядочного питания, но не было обнаружено такой связи между сообщениями бабушек и матерей, а также бабушек и дочерей. Однако было выявлено, что матери воздействуют косвенным образом на питание своих дочерей через свои оценки и реакции на беспорядочное питание их внучек, выраженные в комментариях и ожиданиях. Таким образом, данные трех поколений женщин показывают межпоколенческую передачу беспорядочного питания в семьях, а также специфические характеристики общения, прямые и косвенные оценки и ожидания определенного пищевого поведения, передаваемые через поколения [15].

Группа ученых под руководством К. Мело проанализировала воздействие поведения родителей во время приема пищи на формирование привычек к еде и избыточную массу тела у детей. Исследование включало 115 детей в возрасте от 1 года до 5 лет и их родителей. Для сбора данных использовалась анкета, в которой изучались антропометрические параметры детей, пищевые привычки родителей и проблемы с избыточной массой тела у детей.

Результаты показали, что избыточная масса тела у детей статистически значимо связана с поведением и привычками их родителей во время еды, особенно в отношении употребления сладостей и "специальной еды". Дети, у чьих родителей были привычки употреблять большое количество сладкого между приемами пищи, готовить специальную еду для ребенка, отличную от общего семейного рациона, присутствовать при приеме пищи детьми, но при этом не употреблять пищу, а также сопровождать процесс приема пищи ребенка просмотром телевизора, имели избыточную массу тела.

Таким образом, можно сделать вывод, что семейная атмосфера играет важную роль в формировании пищевых привычек, наибольшее влияние семьи на пищевое поведение приходится на детский возраст, где пищевые привычки детей тесно связаны с особенностями пищевого поведения и отношения к еде родителей. В школьном и подростковом возрасте доминирующую роль в формировании пищевых установок играют сверстники и социальное окружение. Для формирования нормального пищевого поведения у детей, родителям не стоит навязывать свои предпочтения в еде, а следует относиться с уважением и пониманием к пожеланиям в пище своих детей [18].

1.3 Деятельность социального педагога по формированию правильного пищевого поведения у подростков

Социальный педагог – специалист по социально-педагогической работе с детьми и родителями, с подростками, молодежными группами и объединениями, со взрослым населением в условиях образовательных и специализированных учреждений, по месту жительства [1].

Социальный педагог выполняет определенные функции и решает задачи такие как: оказание помощи детям в их социальной адаптации, развитии, воспитании и образовании, с целью обеспечения более успешной интеграции в общество. Эта работа направлена на существенное улучшение качества жизни детей.

Таким образом, основной целью деятельности социального педагога является создание условий для комфортного психологического состояния детей и удовлетворения их потребностей с использованием социальных, правовых, психологических, медицинских и педагогических методов для предотвращения и преодоления отрицательных явлений в семье, школе, ближайшем окружении и других социальных средах.

Социальный педагог должен иметь представление об особенностях развития ребенка и окружающей его среды, в которой этот ребенок растет. Важно, чтобы ребенок доверял социальному педагогу, видел в нем друга, помощника и союзника. Однако бывает так, что ребенок не всегда осознает свои проблемы и поэтому не может обсудить их, а иногда даже отрицает. Поэтому социальному педагогу приходится самостоятельно выявлять проблемы, которые негативно влияют на ребенка, чтобы помочь ему в процессе социализации [12].

Основными направлениями деятельности социального педагога в школе являются:

1. профилактика девиантного поведения детей и подростков;
2. профилактическая работа с учащимися и семьями «группы риска», а также с семьями, находящимися в трудной жизненной ситуации;
3. поддержка и защита законных прав и интересов несовершеннолетних, в том числе в органах государственной власти;
4. активизация и коррекция семейного воспитания;
5. повышение родительской компетентности и информационно-просветительская работа специалистов в решении проблем детей и семьи;
6. организация занятости детей и подростков во внеурочное время.

Одним из главных направлений в социально-педагогической деятельности в школе является профилактика.

Для качественной профилактики по преодолению расстройств пищевого (**профилактика** проводится по **предупреждению** первичной проблем или вторичной. **Преодоление** – это уже другая работа, значит проблема уже есть и здесь нужна уже коррекция или даже – реабилитация) поведения у подростков необходимо опираться на такие формы работы как:

1. Комплексный подход. Это не форма работы, а подход к работе, которая включает в себя разные формы работы (тоже в под цифрой 3 – ниже). Всегда соц.педагог начинает
   1. Работа с семьей подростка;
   2. Информационно-просветительская деятельность педагогов образовательного учреждения: проведение лекций, тренингов, мониторинг отношений внутри класса;
   3. Наблюдение за подростком.
2. Своевременное вмешательство при выявлении первых признаков расстройства.
3. Индивидуальный подход к каждому подростку и к семье подростка.
4. Привлечение специалистов разных сфер деятельности: психологов, медиков, учителей физкультуры и др.

В связи с вышесказанным однозначно требует внимания проблема своевременной диагностики и терапии РПП. Однако, возможно, еще более остро стоит вопрос их профилактики: известно, что продолжительная ремиссия достигается в результате терапии только у 27-45 % пациентов, высок также и процент девушек, бросающих лечение, при этом многие больные (до 80 %) и вовсе не обращаются за помощью.

Одна из известных профилактических программ, интервенция под названием Body Project, была разработана американским ученым E. Stice в начале 2000-х годов. Она основана на идее о когнитивном диссонансе и позволяет снижать степень усвоения идеала худобы у девушек. Программа представляет собой серию занятий, на которых девушки в небольших группах обсуждают и критикуют идеал худобы. Примерно в это же время получили активное развитие и некоторые альтернативные подходы. Так, австралийскими учеными S.M. Wilksch и T.D. Wade была разработана программа Media Smart, целью которой является формирование медиаграмотности. Во время занятий ученики школ 7-9-х классов (и мальчики, и девочки) обсуждают и анализируют послания, транслируемые СМИ (в том числе послания, касающиеся идеалов внешности). Тогда же приобрели популярность и некоторые методы, основанные на принципах когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), например, программа Student Bodies. Представляют интерес и программы, основанные на технике mindfulness. Они позволяют развивать осознанность как в отношении транслируемого идеала худобы, так и в отношении мыслей и чувств, касающихся собственного тела. Некоторыми учеными применение техники mindfulness считается перспективным направлением, но данные об эффективности этих программ пока ограничены [13].

Работа с семьей должна включать в себя не только консультацию, но и рекомендации во избежание провокации расстройства или провокации рецидивов. Привлечение психологов, если первичный осмотр ситуации показал, что в семье возможно появление случая пищевого расстройства у подростка. Так же необходимо составить рекомендации по внедрению внеурочных тренингов, на которых подростки будут налаживать внутригрупповую коммуникацию, будут учиться любить себя, не стесняться себя. Закрепить за классом социального педагога или психолога, чтобы была возможность отслеживать изменения внутри класса, изменения поведения отдельных подростков.

При работе с подростком нельзя забывать, что методы, которые работали  
раньше, могут не сработать именно с ним. Индивидуальный подход к  
эффективности технологии социальной работы по профилактике и  
преодоления расстройств пищевого поведения. Так же важно понимать, что  
информацию о тенденциях на сегодняшний день, подростки чаще всего  
берут посредством социальных сетей. Следует помнить, что подросток в  
силу своей неокрепшей психики, небольшим социальным опытом и внушаемостью, доверчив и критичен к самому себе. Следует помнить о важности полного и длительного мониторинга каждого случая, во избежание рецидивов, и не упущении первых симптомов рецидивов.

Современные методы лечения и реабилитации подростков с расстройствами пищевого поведения остаются актуальными. Например, при работе с подростками с булимией осуществляется пошаговая работа, направленная на нормализацию питания и изменение отношения к своему телу, что часто включает применение групповой терапии. Отметим, что это длительный и трудоемкий процесс, который при отсутствии квалифицированной помощи может привести к нервной анорексии.

В случае лечения подростковой анорексии, процесс еще более сложен и включает в себя этапы восстановления организма, прием препаратов, строгое наблюдение, специальную диету и даже кормление через трубку в случае отторжения пищи. Одновременно подчеркивается необходимость воздействия на семью подростка для обеспечения поддержки и коррекции отношений в процессе реабилитации.

Существует обсуждение относительно целесообразности проведения совместной терапии для нескольких подростков с анорексией. Выбор такой тактики требует внимательного рассмотрения, поскольку многие подростки могут быть взаимным примером, но при этом может возникнуть опасность обмена деструктивными привычками и деструктивные конфликты между ними.

Психотерапевтический подход, включая семейную психотерапию, рациональную, поведенческую терапию, гипноз, считается рациональным методом коррекции пищевого поведения подростков.

Поведенческая терапия рассматривается как наиболее подходящий метод лечения анорексии, направленный на нормализацию пищевого поведения, улучшение образа тела, изменение самооценки и улучшение отношений с семьей. Гипноз и аутогенная тренировка также эффективны при работе с анорексией, особенно при наличии истерических черт характера у подростка.

Выводы по 1 главе

Под пищевым поведением понимают комплексное понятие, включающее в себя информированность и опыт в отношении пищи, сформированные привычки, стереотипы питания, которые способны меняться при стрессах, знания об образе своего тела и действия, направленные на достижения данного образа.

Нарушения пищевого поведения отличаются стойкими изменениями в еде и поведении, которые влияют на потребление пищи и могут серьезно отрицательно сказываться на физическом и психологическом состоянии пациента. Основными видами таких нарушений являются нервная анорексия и нервная булимия. В них человек озабочен своим весом, постоянно контролирует его, искажает свое представление о собственном теле и меняет приоритеты в отношении питания.

В настоящее время расстройства пищевого поведения рассматриваются как результат воздействия различных факторов, включая физиологические/биологические, генетические, социокультурные и семейные аспекты, а также воздействие психотравмирующих событий и индивидуальных особенностей личности. Взаимодействие этих факторов остается объектом дальнейших исследований.

Одну из важнейших ролей в развитии пищевых нарушений следует отвести семье, которая психологически может быть рассмотрена как определённая система внутренних, психологических, ролевых отношений, претерпевающая постоянные изменения под воздействием изменяющихся жизненных условий.

Семейная атмосфера играет важную роль в формировании пищевых привычек, наибольшее влияние семьи на пищевое поведение приходится на детский возраст, где пищевые привычки детей тесно связаны с особенностями пищевого поведения и отношения к еде родителей. В школьном и подростковом возрасте доминирующую роль в формировании пищевых установок играют сверстники и социальное окружение. Для формирования нормального пищевого поведения у детей, родителям не стоит навязывать свои предпочтения в еде, а следует относиться с уважением и пониманием к пожеланиям в пище своих детей.

Работа с семьей должна включать в себя не только консультацию, она должна включать еще рекомендации во избежание провокации расстройства  
или провокации рецидивов. Привлечение психологов, если первичный  
осмотр ситуации показал, что в семье возможно появление случая пищевого  
расстройства у подростка. Так же необходимо составить рекомендации по  
внедрению внеурочных тренингов, на которых подростки будут налаживать  
внутригрупповую коммуникацию, будут учиться любить себя, не стесняться  
себя. Закрепить за классом социального педагога или психолога, чтобы была возможность отслеживать изменения внутри класса, изменения поведения  
отдельных подростков.

Глава 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

2.1 Методика процедуры исследования

Цель: эмпирическим путем выявить взаимосвязь между выраженностью признаков расстройств пищевого поведения и влиянием семьи на их формирование.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

1. выявить подростков, имеющих склонность к расстройству пищевого поведения;
2. выявить наиболее эффективные технологии, формы и методы работы с подростками, имеющими склонность к расстройству пищевого поведения и их семьями;
3. анализ результатов экспериментальных данных.

Исследование проходило в Хвойнинском муниципальном округе на базе Муниципального автономного общеобразовательного учреждения «Средняя школа с. Левоча» (МАОУСШ с. Левоча) и Муниципального автономного общеобразовательного учреждения «Средняя школа № 2 им. Е.А. Горюнова п. Хвойная» (МАОУ «Средняя школа № 2 им. Е.А. Горюнова п. Хвойная»), с помощью платформы Google формы.

В исследовании приняли участие 54 подростков в возрасте от 14 до 17 лет. (8 класс – 9 человек, 9 класс – 20 человек, 10 класс – 20 человек, 11 класс – 5 человек).

В нашей работе были использованы следующие методики:

1) Анкета, выявляющая влияние семьи на формирование РПП;

2) «Шкала оценки пищевого поведения» (ШОПП) в адаптации О.А. Ильчика, С.В. Сивухи, О.А. Скугаревского, С. Суихи.

1) Анкета.

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

2) «Шкала оценки пищевого поведения» (ШОПП) в адаптации О.А. Ильчика, С.В. Сивухи, О.А. Скугаревского, С. Суихи (содержание методики представлено в Приложении А).Оригинальный опросник «Eating Disorder Inventory» (EDI) был впервые опубликован в 1983 году D.M. Garner, M.P. Olmstead, J.P. Polivy. Методика представляет собой скрининговый инструмент для выявления признаков анорексии и булимии. Опросник позволяет отделить здоровых людей от лиц с серьёзными нарушениями, а также от людей с субклинической формой расстройства. ШОПП представляет собой 53 вопроса и 7 субшкал, первые 3 из которых направлены на выявление риска расстройств пищевого поведения (оценка физиологических и поведенческих симптомов), а остальные 4 шкалы на определение личностных характеристик, связанных с нарушениями в пищевом поведении:

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

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

2.2. Анализ результатов исследования и их интерпретация

Для того чтобы понять какое количество подростков имеет нарушения пищевого поведения, какое именно расстройство пищевого поведения встречается у опрошенных, у кого чаще встречается расстройство пищевого поведения у мальчиков или девочек, мы провели исследование с помощью «Шкалы оценки пищевого поведения» (ШОПП) в адаптации О.А. Ильчика, С.В. Сивухи, О.А. Скугаревского, С. Суихи. В исследовании приняли участие 54 подростков в возрасте от 14 до 17 лет.

Как видно из рисунка 1, по возрасту респонденты распределились следующим образом: 14 лет – 2 человек, 15 лет -26 человек, 16 лет – 22 человека, 17 лет – 4 человека.

Рисунок 1 – Распределение подростков по возрасту

На рисунке 2 представлено распределение подростков по возрасту: 18 мальчиков и 36 девочек.

Рисунок 2 – Распределение подростков по полу

Получив результаты опроса подростков, мы смогли выявить ярко выраженные проявления расстройств пищевого поведения (булимия) у двух девушек 15 и 16 лет (23 и 28 баллов соответственно). Но по мимо этого склонность к булимии прослеживается еще у трех респондентов (2 девушки и 1 юноша). Из них 1 девушка недовольна своим телом, 2 девушки недовольны своим телом и стремятся к худобе.

Далее мы решили проанализировать влияние окружения, в том числе и семьи на формирование пищевого поведения подростков, для этого мы сделали выборку по 2 шкалам: перфекционизм (12,24,30,36,42,52 утверждения) и недоверие в межличностных отношениях (13,15,19,25,29 и 47 утверждения). (таблица 2)

Таблица 2 – Анализ влияния окружения на формирование пищевого поведения подростков

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Утверждения | Ответы респондентов | | | | |
| 1. Ваш возраст. | 15 | 15 | 15 | 15 | 17 |
| 2. Ваш пол. | жен | жен | жен | жен | муж |
| 12. В моей семье учитываются только огромные достижения. | никогда | иногда | Очень часто | иногда | часто |
| 13. Я выражаю мои эмоции открыто. | Очень часто | иногда | никогда | никогда | Очень часто |
| 15. Я доверяю другим людям. | иногда | редко | часто | никогда | редко |
| 19. Я легко общаюсь с другими. | иногда | никогда | Очень часто | никогда | никогда |
| 24. Когда я был маленьким, то делал все, чтобы не разочаровать своих родителей и учителей. | никогда | часто | часто | часто | никогда |
| 25. У меня близкие отношения с людьми. | часто | Очень часто | редко | никогда | иногда |
| 29. Я беспокоюсь, выражая мои эмоции другим. | никогда | редко | редко | часто | никогда |
| 30. Когда я что-либо делаю, то хочу быть лучше других. | никогда | никогда | иногда | часто | иногда |
| 36. Мои родители всегда ожидают, что я буду лучшим. | иногда | иногда | иногда | часто | редко |
| 42. Я думаю, что я должен что-то либо делать идеально, либо вообще не делать. | никогда | иногда | Очень часто | часто | редко |
| 44. Мне нужно держать людей на определенной дистанции (мне неприятно, если кто-то пытается ко мне приблизиться). | часто | Очень часто | часто | часто | Очень часто |
| 47. Я могу говорить о своих мыслях и чувствах. | Очень часто | часто | Часто | редко | никогда |
| 52. У меня чрезвычайно высокие (амбициозные) цели. | никогда | редко | часто | никогда | редко |

При анализе результатов, отраженных в таблице 2, было выявлено, что у 40% опрошенных часто и очень часто в семье учитываются только огромные достижения, 60% респондентов утверждают, что маленькими они делали все, чтобы не разочаровать своих родителей и учителей, доверяют другим людям 20% и напротив редко и никогда 80%. 100% участников опроса показали, что им нужно держать людей на определенной дистанции (мне неприятно, если кто-то пытается ко мне приблизиться). Полученные данные указывают на наличие проблем в общении внутри семьи и с окружающими.

Следующим этапом нашего исследования стало проведение анкеты (Приложение Б). Опрос с помощью анкеты проводился при помощи гугл-формы. Анкета включает в себя 14 вопросов.

Анализ результатов.

Был проведен сравнительный анализ распределения ответов в двух группах. Группы были выделены после проведения исследования и получения результатов по «Шкале оценки пищевого поведения». Первая группа – группа подростков с признаками расстройства пищевого поведения (5 человек), вторая – без признаков расстройства пищевого поведения (49 человек). В первой главе анализируя теоретические источники мы выявили как семья влияет на формирование пищевого поведения подростков, затем, мы эмпирическим путем определили, как порядок рождения в семье, тип семьи, отношения подростков с родителями влияют на выраженность признаков расстройств пищевого поведения подростков.

Мы сравнили влияние порядка рождения в семье и типа семьи на выраженность признаков расстройств пищевого поведения.

Переменная «порядок рождения в семье» была представлена в виде четырёх градации: младший ребёнок, средний, старший и единственный. В результате проведенного анализа мы выяснили, что порядок рождения в семье на выраженность признаков расстройств пищевого поведения не влияет.

В переменной «тип семьи» было выделено 3 градации: полая семья, не была отца, не было матери. Мы установили, что тип семьи на выраженность признаков расстройств пищевого поведения также не влияет.

Таким образом, полученные результаты показали (таблица 3), что по порядку рождения в семье, по виду семьи (полная – неполная), по наличию заменяющего родителя группы значимо не различаются и у нас нет оснований утверждать, что тип семьи и порядок рождения оказывает влияние на выраженность признаков расстройств пищевого поведения у подростков или связаны с ними.

Таблица 3 **-** Распределение ответов по анкете в группе 1 и группе 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели | Варианты | Группа 1 с «РПП» | Группа 2 |
| Порядок рождения в семье, N (%) | Единственный | 40% | 39,2% |
| Младший | 20% | 14,7% |
| Средний | 20% | 16,7% |
| Старший | 20% | 29,4% |
| Семья,N (%) | Полная | 80% | 85,3% |
| Не было отца | - | 9,8% |
| Не было матери | 20% | 4,9% |
| Наличие отчима/мачехи, N (%) | Был отчим | - | 4,9% |
| Была мачеха | 20% | - |
| Не было (неполная семья) | - | 9,8% |
| Полная семья | 80% | 85,3% |

Распределение ответов (таблица 4) в группах 1 и 2 различается при ответах на вопросы «Считаете ли Вы, что Ваши отношения с родителями хуже, чем у других?» и «Можно ли сказать, что у Вас с матерью близкие отношения?». Подростки с выраженными признаками РПП в целом считают, что их отношения с родителями хуже, чем у других, и реже оценивают свои отношения с матерью как близкие.

Таблица 4 – Распределение ответов в группе 1 и 2 на вопросы анкеты, касающиеся родителей (%)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Вопрос | Полное или частичное «да» (часто и очень часто) | | «Трудно сказать» (иногда) | | Полное или частичное «нет» (редко и никогда) | |
| Гр. 1 | Гр. 2 | Гр. 1 | Гр. 2 | Гр. 1 | Гр. 2 |
| Привычка делиться заботами с родителями |  | 19,6% | 20% | 80,4% | 80% |  |
| Довольны ли отношениями с родителями | 10% | 49% | 10% | 34,3% | 80% | 16,7% |
| Выслушивали негативные комментарии | 20% | 19,6% | 44,1% | 70% | 36,3% | 10% |
| Близкие отношения с отцом | 10% | 24,5% | 80% | 53,9% | 10% | 21,6% |
| Отношения с родителями хуже, чем у других | 10% | 29,4% | 10% | 24,5% | 80% | 50,3% |
| Близкие отношения с матерью | 20% | 49% | 20% | 39,2% | 60% | 11,8% |

Подростки с выраженными признаками расстройств пищевого поведения реже обращаются к матери, если их что-то волнует, и реже чувствуют себя безопасно рядом с ней, чем подростки из группы 2. В категорию «другое» попали ответы: бабушка, брат, дед.

Выводы по 2 главе

Из проведенного эмпирического исследования по оценке пищевого поведения подростков с использованием «Шкалы оценки пищевого поведения» (ШОПП) и анкеты, были выявлены следующие ключевые моменты:

1. Расстройства пищевого поведения присутствуют у 5 из 54 опрошенных подростков (4 девушки и 1 юноша). Из них 3 респондента проявляют склонность к булимии, при этом 2 девушки недовольны своим телом и стремятся к худобе.
2. Анализ влияния окружения на формирование пищевого поведения показал, что 40% опрошенных сообщили, что в семье учитываются только огромные достижения, 60% утверждают, что делали все, чтобы не разочаровать своих родителей и учителей, 20% доверяют другим людям, а 100% респондентов хотят держать людей на определенном расстоянии.
3. Сравнительный анализ показал, что по порядку рождения в семье, виду семьи (полной или неполной), и наличию заменяющего родителя между группами с признаками расстройства пищевого поведения и без значимых различий не было обнаружено.
4. Результаты анкеты показали, что подростки с выраженными признаками расстройств пищевого поведения реже оценивают отношения с родителями как близкие, реже обращаются к матери, если их что-то волнует, и реже чувствуют себя безопасно рядом с ней, чем подростки без таких признаков. Порядок рождения в семье и тип семьи не связаны с выраженностью признаков РПП.
5. Для девушек с выраженными признаками РПП характерны неудовлетворенность своим телом, стремление к идеалу, чувство отстраненности в общении с окружающими. Девушки испытывают трудности в распознавании чувства голода и насыщения и переживают ощущение невозможности контролировать свою жизнь.

Итак, из проведенного исследования можно сделать вывод о том, что семейная обстановка, требования окружающих, а также тип отношений с родителями могут оказывать влияние на формирование пищевого поведения подростков. Также можно отметить, что у подростков с выраженными признаками расстройств пищевого поведения наблюдаются более сложные и непрочные отношения с родителями и близким окружением.

Заключение

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

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

Целью данной работы было изучить влияние семьи на формирование расстройств пищевого поведения у подростков. Цель исследования была достигнута.

В первой главе были рассмотрены понятие пищевого поведения, виды расстройств пищевого поведения, факторы вызывающие РПП, как влияет семья на формирование пищевого поведения у подростка и работа социального педагога с семьей.

Во второй главе работы было проведено исследование на выявление подростков с расстройствами пищевого поведения. Из 54 опрошенных нам удалось выявить 3 человека склонных к булимии, что дало нам сделать вывод о том, что семейная обстановка, общественные ожидания и качество взаимоотношений с родителями могут оказывать воздействие на формирование пищевого поведения у подростков. Также стоит отметить, что подростки с явными признаками расстройств пищевого поведения часто испытывают сложности и нестабильные отношения с родителями и близким окружением.

Результаты исследования могут быть полезны при разработке методических рекомендаций для страдающих РПП. Результаты исследования подчеркивают необходимость работы не только с самим пациентом, но и со всей его семьей в рамках семейной психотерапии.

Список литературы

1. Воронин А. С. Словарь терминов по общей и социальной педагогике. Екатеринбург: ГОУ ВПО УГТУ-УПИ, 2006. – 135 с.
2. Генетические исследования нарушений пищевого поведения: выход из замкнутого круга нозологической систематики. [Электронный ресурс]. // <https://cyberleninka.ru/article/n/geneticheskie-issledovaniya-narusheniy-pischevogo-povedeniya-vyhod-iz-zamknutogo-kruga-nozologicheskoy-sistematiki> (дата обращения: 12.12.2023)
3. Жмуров В. А. Большая энциклопедия по психиатрии – 2-е изд. М. : Джангар, 2012. – 864 с.
4. Здоровый образ жизни: рациональное питание / [составители: Т.В. Харевич, Н.А. Пиунова, П.М. Якименко]. – Минск: Республиканский институт профессионального образования, 2010. – 63 с.
5. Марилов В. В. Динамика нервной анорексии в рамках пограничных состояний/ В.В. Марилов в кн.: Проблемы теоретической и клинической медицины развивающихся стран. М.: Академия, 2009 – 142 С.
6. Менделевич В.Д. Руководство по аддиктологии. СПб.: Речь, 2007. – 768 с.
7. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения. Учебное пособие. СПб.: Речь, 2005. – 445 с.
8. Особенности восприятия времени и уровня притязаний у женщин с избыточным весом. [Электронный ресурс]. // <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-vospriyatiya-vremeni-i-urovnya-prityazaniy-u-zhenschin-s-izbytochnym-vesom> (дата обращения: 12.12.2023)
9. Психологические предпосылки формирования нарушений пищевого поведения и возможности их коррекции. [Электронный ресурс]. // <https://cyberleninka.ru/article/n/geneticheskie-issledovaniya-narusheniy-pischevogo-povedeniya-vyhod-iz-zamknutogo-kruga-nozologicheskoy-sistematiki> (дата обращения: 08.12.2023)
10. Скугаревский О. А. Нарушения пищевого поведения. Минск: БГМУ, 2007. – 340 с.
11. Социально-психологические типы пищевого поведения. [Электронный ресурс]. // <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-psihologicheskie-tipy-pischevogo-povedeniya> (дата обращения: 08.12.2023)
12. [Титов В. А.](https://rusneb.ru/search/?f_field%5bauthorbook%5d=f/authorbook/%D0%A2%D0%B8%D1%82%D0%BE%D0%B2%2C+%D0%92.+%D0%90.) Общая педагогика: конспект лекций Москва: А-Приор, 2008. –271 с.
13. [Феноменология и классификация нарушений пищевого поведения](https://cyberleninka.ru/article/n/fenomenologiya-i-klassifikatsiya-narusheniy-pischevogo-povedeniya-analiticheskiy-obzor-literatury-chast-i). [Электронный ресурс]. // <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-predposylki-formirovaniya-narusheniy-pischevogo-povedeniya-i-vozmozhnosti-ih-korrektsii-obzor-literatury> (дата обращения: 12.12.2023)
14. Формирование пищевого поведения: путь от младенчества до подростка. Обзор зарубежных исследований. [Электронный ресурс]. // <https://www.b17.ru/article/90546/> (дата обращения:14.12.2023)
15. Arroyo A., Segrin C., Andersen K.K. Intergenerational transmission of disordered eating: Direct and indirect maternal communication among grandmothers, mothers, and daughters // Body Image. 2017. Vol. 20. P. 107—115. DOI: 10.1016/j.bodyim.2017.01.001)
16. Bergmeier H., Skouteris H., Hetherington M. Systematic research review of observational approaches used to evaluate mother-child mealtime interactions during preschool years // The American Journal of Clinical Nutrition. 2015. Vol. 101. № 1. P. 7–15. DOI:10.3945/ajcn.114.092114
17. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 / American Psychiatric Association. – 5th ed. – Washington, DC; London: American psychiatric publ. 2013. 947 p.
18. Influence of parents’ behavior during the meal and on overweight in childhood / M.K. Melo [et al.] // Escola Anna Nery. 2017. Vol. 21. № 4. 6 p. DOI:10.1590/2177-9465-EAN-2017-0102

**ПРИЛОЖЕНИЕ А**

**Шкала оценки пищевого поведения (ШОПП)**

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| Шкалы | Номера вопросов |
| Стремление к худобе | 3\*, 10, 14, 20, 27 |
| Булимия | 5, 6, 23, 32, 39, 43, 50, 53 |
| Неудовлетворенность телом | 4, 8, 11\*, 13\*, 26\*, 38, 45\*, 48, 51 |
| Неэффективность | 9, 17\*, 22, 31\*, 33, 35\*, 46 |
| Перфекционизм | 12, 24, 30, 36, 42, 52 |
| Недоверие в межличностных отношениях | 13\*, 15\*, 19\*, 25\*, 29, 44, 47 |
| Интероцептивная некомпетентность | 7, 18, 21\*, 28, 32, 37, 39, 41, 49 |

\* Обратные вопросы

**ПРИЛОЖЕНИЕ Б**

Анкета, выявляющая влияние семьи на формирование РПП

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

6. Был ли у Вас отчим/мачеха?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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