

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования

**«КРЫМСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
имени В. И. Вернадского»**

ГУМАНИТАРНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ АКАДЕМИЯ (филиал)
в г. ЯЛТЕ

Институт педагогики, психологии и инклюзивного образования
Кафедра психологии

Кащенко Екатерина Сергеевна

**УРОВЕНЬ ИНТРОЦЕПТИВНОЙ ОСОЗНАННОСТИ ПОДРОСТКОВ
КАК ФАКТОР РИСКА РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ**

Выпускная квалификационная работа

Обучающейся _____ 4 курса

Направления подготовки ___ 37.03.01 Психология

Форма обучения ___ очная _____

Научный руководитель
Доцент кафедры психологии,
Кандидат психологических наук



С.В. Кучеренко

К ЗАЩИТЕ ДОПУСКАЮ:
Руководитель ОПОП ВО
Доцент кафедры психологии,
Кандидат психологических наук



Л.В.Бура

Ялта, 2020г.

Аннотация

Данная выпускная работа по теме «Уровень интроцептивной осознанности подростков как фактор риска расстройств пищевого поведения» посвящена вопросу об интроцептивной осознанности как возможного фактора развития расстройств пищевого поведения в подростковом возрасте.

В работе исследуется риск появления пищевых расстройств в зависимости от уровня интроцептивной осознанности, а также дается характеристика компонентам интроцептивной осознанности и описывается их взаимосвязь.

Значимое место в работе занимает и модификация когнитивно-поведенческих схем возникновения нервной булимии и анорексии, дается их описание.

Подробно описывается формирование пищевых расстройств, определение интроцептивной осознанности в современной научной парадигме. В работе приводятся результаты эмпирического исследования интроцептивной осознанности подростков как фактора риска расстройств пищевого поведения.

В работе представлен модифицированный вариант методики «Многомерная Оценка Интроцептивной Осознанности».

Данная работа представляет интерес с точки зрения возможности в дальнейшем применять методику «Многомерная Оценка Интроцептивной Осознанности» в школах (интернатах, ВУЗах и т.д), что поможет снизить риски возникновения расстройств пищевого поведения у подростков и лиц юношеского возраста, а также использоваться в терапии с лицами, страдающими расстройствами пищевого поведения для диагностики их актуального состояния и выстраивания нового терапевтического вектора работы.

Работа содержит 50 листов основного текста, 5 рисунков, 3 таблицы, 5 приложений.

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|-----------|
| Список сокращений и условных обозначений..... | 2 |
| Введение..... | 3 |
| Раздел 1. Теоретический анализ проблемы интроцептивной осознанности и пищевых расстройств у подростков | 8 |
| 1.1. Определение понятия «интроцептивная осознанность»..... | 8 |
| 1.2. Понятие пищевого поведения и основные виды нарушений пищевого поведения | 8 |
| 1.3. Психологический взгляд на формирование пищевых нарушений ... | 23 |
| 1.4. Психологические особенности нарушения пищевого поведения среди подростков | 23 |
| Раздел 2. Эмпирическое исследование интроцептивной осознанности и расстройств пищевого поведения у подростков | 34 |
| 2.1. Методики исследования интроцептивной осознанности и расстройств пищевого поведения у подростков..... | 34 |
| 2.2. Описание эмпирического исследования уровня интроцептивной осознанности и расстройств пищевого поведения у подростков..... | 34 |
| 2.3. Анализ полученных эмпирических данных | 41 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ..... | 46 |
| СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ | 48 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ | 55 |

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

РПП – Расстройства пищевого поведения

НПП – Нарушение пищевого поведения

НА – Нервная анорексия

НБ – Нервная булимия

ИО – Интроцептивная осознанность

ОКР – Obsessivno-kompulsivnoe rasstroystvo

ИМТ – Индекс массы тела

МОИО – Многомерная Оценка Интроцептивной Осознанности

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность данной работы определяется тем, что в современном мире все большее число подростков сталкиваются с различными формами пищевых расстройств. Своевременное выявление данной проблемы затрудняется незаметностью в формировании и протекании расстройств пищевого поведения, а также, фактором того, что подростки, склонные к любой из форм пищевого поведения, должны научиться слушать и понимать сигналы своего тела, что и подразумевает интроцептивное осознание. Вот почему мы отмечаем важность развития этого критерия в предотвращении риска расстройства пищевого поведения у подростков.

Эволюция идей, связанная с изменениями в культуре, привела к пониманию того, что невозможно сравнить психологические характеристики личности, что приводит к расстройствам пищевого поведения и психофизиологическим проявлениям этой нозологии. Мнение о том, что психологические характеристики, в частности изменение уровня интроцептивной осознанности и механизмов саморегуляции, являются результатом болезни, неверно. Изменение структуры личности является необходимым условием для развития расстройств пищевого поведения. В частности, уровень интроцептивной осведомленности. Этот уровень указывает на то, что человек обладает способностью понимать и принимать сигналы своего тела, осознавать причины неудобного или комфортного состояния. Поэтому необходимо сместить акцент не на поиск первопричин нарушения пищевого поведения, а на поиск факторов эффективно препятствующим развитию и формированию нарушений пищевого поведения у лиц подросткового возраста. Это влечет за собой поиск продуктивных способов объединения исследовательских позиций по этому вопросу.

По данным Всемирной Организации Здоровья, большинство подростков подвержены различным типам расстройств пищевого поведения. В этом

исследовании мы предположили, что именно низкий уровень интроцептивной осознанности у подростков, будет определять склонность к расстройствам пищевого поведения.

Нарушение интроцептивной осведомленности, субъективное восприятие внутренних ощущений тела, было предложено в качестве уязвимого или поддерживающего фактора при нарушении пищевого поведения у подростков.

Низкая интроцептивная осведомленность часто упоминается как ключевая характеристика расстройств пищевого поведения, но точная природа о связи с патологией питания остается неясным. Осведомленность включает в себя как принятие эмоционального опыта, так и ясность в отношении своих эмоциональных реакций.

В отечественной научной парадигме расстройства пищевого поведения были рассмотрены и изучены В.П. Белинским, М.А. Каревой, М.В. Коркиной И.Г. Малкиной-Пых, В.В. Мариловым, В.Д. Менделевичем, А.Б. Смулевичем. Большая часть отечественных исследований, выявила превалирующую психосоматическую основу пищевых расстройств, а также указывала на сложную конвергентную природу расстройств пищевого поведения, которая в своей основе сочетает и психологические особенности индивида, и физиологические предпосылки. Данные физиологические преддикторы развития расстройств пищевого поведения, могут выступать в качестве: нарушения обмена веществ и организме, истощением, а также повешеной нагрузкой. В свою очередь психологическим фактором могут выступать и эмоциональные особенности в реагировании на сложные ситуации (зачастую иррациональные и импульсивные), а также и проблемы адаптации и интеграции в социальную среду, трудности в контроле поведения или проявлении чувств.

Объект исследования – интроцептивная осознанность лиц подросткового возраста.

Предмет – уровень интроцептивной осознанности подростков как фактор риска расстройств пищевого поведения.

Цель исследования: установить взаимосвязь и причинно-следственные

связи, между уровнем интроцептивной осознанности и склонностью к нарушениям пищевого поведения у подростков. Оптимизировать русскоязычный вариант теста «Многомерная Оценка Интроцептивной Осознанности» и «ЕАТ-26», оценить факторную структуру и надежность доработанного варианта опросника «Многомерная Оценка Интроцептивной Осознанности», оценить встречаемость риска расстройств пищевого поведения на неклинической популяции подростков.

Задачи:

- 1) Изучить теоретический базис ранее изученных психологических особенностей пищевого поведения у лиц подросткового возраста;
- 2) Изучить литературу по теме интроцептивной осознанности, формирование и модификация методики «Многомерная Оценка Интроцептивной Осознанности» (2018);
- 3) Провести эмпирическое изучение уровня интроцептивной осознанности у подростков по методике «Многомерная Оценка Интроцептивной Осознанности» и склонности к пищевым нарушениям по методике «ЕАТ-26» сопоставив полученные данные.

Методологические основы исследования. На конкретно-научном уровне мы опираемся в данной работе на:

- 1) типологизацию пищевого поведения Т.Г. Вознесенской;
- 2) когнитивно-поведенческую модель расстройств пищевого поведения С. G. Fairburn, Z. Cooper, R. Shafran;
- 3) концепцию развития интроцептивной осознанности А. D. Craig.

На уровне конкретных методик и методов мы брали во внимание: разработку методики ЕАТ-26 авторами: D.M. Garner, P. E. Garfinkel, а также исследования W.E. Mehling, C. Price, J. J.Daubenmier, M. Acree, E. Bartmess, A. Stewart в разработке методики «Многомерная оценка интроцептивной осознанности».

Методы исследования:

Теоретические: анализ психологической литературы, кластерный и статистический анализ количественных и качественных результатов

Эмпирические: констатирующий эксперимент.

Эмпирическое исследование было проведено при использовании данных методик:

1) Опросник на определение риска расстройств пищевого поведения «EAT-26»;

2) Методика «МОИО» – Многомерная Оценка Интроцептивной Осознанности (MAIA);

Также, нами были применены методы статистической обработки данных: расчет корреляционной матрицы, кластерный анализ, расчет Альфы Кронбаха с помощью программы «STATISTICA 8.0»

Были использованы методы интерпритации полученных данных: количественный и качественный анализ.

Выборка испытуемых: 76 подростков в возрасте 15-18 лет, 25 девушек и 51 юноша.

Научная новизна и практическая значимость данной работы заключается в том, что нами была модифицирована и апробированная методика «Многомерная Оценка Интроцептивной Осознанности» (2018). Также, полученные данные в ходе исследования показывают взаимосвязь между уровнем интроцептивной осознанности со склонностью к расстройствам пищевого поведения у лиц подросткового возраста. Это дает нам возможность рассмотреть проблему расстройств пищевого поведения у подростков под новым ракурсом и сформировать комплекс методик, направленных на предотвращение данной нозологии, через развитие уровня интроцептивной осознанности в подростковом возрасте. Также, отметим, возможность в дальнейшем применять методику «Многомерная Оценка Интроцептивной Осознанности» в школах (интернатах, ВУЗах и т.д) что может снизить риски возникновения расстройств пищевого поведения у подростков и лиц юношеского возраста, а также использоваться в

терапии с лицами, страдающими расстройствами пищевого поведения, для диагностики их актуального состояния.

Теоретическая значимость работы состоит в том, что она конкретизирует и углубляет масштабы в уже существующих концепциях и воззрениях исследователей, о важности интроцептивной осознанности в формировании расстройств пищевого поведения у подростков. Необходимо отметить значимость приведенных в работе когнитивно-поведенческих моделей возникновения нервной булимии и анорексии, а также схему навязчивых состояний. Данные модели переведены и модифицированы нами в рамках исследования темы дипломной работы.

Апробация результатов материалов исследования: Основные положения исследования были опубликованы в виде статьи «Пищевое поведение как предмет психологического исследования» издательством: Научно-информационным издательским центром "Институт стратегических исследований" (Москва) в журнале «Modern science». Номер выпуска журнала: 5-1 (май), год: 2020, страницы: 433-437.

Структура работы: работа состоит из введения, двух разделов, заключения, списка используемых источников и приложений, включающих диагностические материалы исследования.

Благодарности: Автор признателен организации «МБОУ Ялтинской средней школе-лицею №9» за помощь в проведении психологического эксперимента для настоящего исследования, а также отдельно благодарит психолога учреждения Рыжонкову Н.Н. за содействие в проведении тестирования и за предложенные рекомендации в ходе работы.

РАЗДЕЛ 1.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ИНТРОЦЕПТИВНОЙ ОСОЗНАННОСТИ И ПИЩЕВЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ

1.1. Определение понятия «интроцептивная осознанность»

В современном мире наряду с понятием интероцепция, введено понятие «интроцепции». Отметим, что использование этих двух терминов как взаимозамещающих не считается ошибкой.

Немецкий психолог Вильям Штерн рассматривал интроцепцию, как характеристику всех существ наделенных разумом и сознанием. Он описывал эту способность как возможность сознания быть направленным на само себя, распознавая свою позицию перед окружающей средой при этом исходя из отношения среды к организму т.е. это позиция взаимообмена и трансформации данных извне с последующим внутренним самоотчетом [37].

Штерн также указывал что механизм интроцепции является собой один из 3-х типов взаимодействия индивида с окружающим его миром.

Первый уровень - это базисное отношение организма к возможной опасности, а также исходящей извне угрозы для его существования, например животные функционируют именно на этом уровне.

Второй уровень взаимодействия подразумевает конкретные эмоциональные переживания и столкновения со средой, ощущение баланса и гармонии с окружающим миром. Эти переживания маркируют положительный опыт человека и призваны отмечать положительно закрепленный опыт, ведь мы жаждем комфортного и продуктивного функционирования с окружающей средой, но при этом мы можем чувствовать сопутствующую скованность в том случае, когда в них возникают противоречия [37].

Однако, в случае, когда фрустрация превышает порог нашего оптимума и возникает кризис, то мы приближаемся к третьему уровню. В.Штерн описал его как уровень ценностей и убеждений. Считается, что все наши установки,

принципы и отношения в случае их несоответствия окружающей среде, ставятся под сомнения. Ведь основная цель психики, сделать процесс адаптации успешным, и это невозможно при наличии фундаментальных несоответствий между нами и средой. Чтобы как-то минимизировать данную экзистенциальную пропасть наше сознание будучи направленным само на себя формирует критических порог в отношении наших базисных критериев функционирования (ценности, установки, принципы), дабы путем самоотчета и критики мы разрушили часть несоответствующих позиций или преобразовали их, в соответствии культурной среде нашего общества [37].

Во многом научная позиция и труды В.Штерна повлияли на формирование взглядов исследователей изучавшим данный вопрос на современном этапе науки. Так например (Craig, 2015) понимает интроцептивную осведомленность как способность идентифицировать, получать доступ, понимать и должным образом реагировать на шаблоны внутренних сигналов – это обеспечивает явное преимущество для участия в решениях жизненно важных проблемах [43].

Интроцепция включает двунаправленную связь между телесными ощущениями и множественными уровнями коркового анализатора, процесс, посредством которого информация о невидимых внутренних физиологических состояниях передается в когнитивные центры мозга для поддержания физического и эмоционального благополучия, включая эффективную реакцию на стресс с помощью эмоционального осознания и регулирования (Craig, 2003 ; Critchley and Garfinkel, 2017) [44, 45].

Интроцепция может рассматриваться как предшественник и даже план эмоциональной реакции. Ощущения от тела лежат в основе большинства, если не всех наших эмоциональных чувств, особенно тех, которые являются наиболее интенсивными и наиболее важными для выживания [43]. Они играют роль в выживании, поддерживая регулируемый ответ на ощущения, связанные с телесной целостностью (например, ощущения голода, температуры и боли), а также эмоциональные ощущения, направленные на социальную интеграцию

(например, положительные эмоции, привязанность и близость) и физическую выживание (например, страх и гнев/агрессия).

1.2. Понятие пищевого поведения и основные виды нарушений пищевого поведения

В эколого-экономической ситуации увеличение количества отрицательных психологических интервенций приводит к прогрессии процента нервно-психических проблем в обществе и росту числа психосоматических нозологий. В последнее время наметилась тенденция в проведении исследований с опорой на учет психосоматических факторов. Личность человека все чаще становится объектом научных исследований. Статистика свидетельствует об ухудшении состояния здоровья и состояния человека, росте форм привыкания, которое предполагает определенный отход от объективной реальности, путем преобразования различных явлений внешнего мира [2].

На основе своих исследований и наблюдений Л.А. Звенигородская сформулировала определение пищевого поведения, говоря, что – «это все составляющие человеческого поведения, которые присутствуют в нормальном процессе питания. Чаще всего при нарушении соотношения гормонов голода и сытости формируется нетипичное пищевое поведение, приводящее к ожирению» [8, с. 46].

И.Г. Малкина-Пых конкретизировала на основе анализа литературы само понятие «пищевое поведение» и дала ему следующую характеристику, отмечая что «пищевое поведение — это система ценностных характеристик по отношению к пище и процессу ее выбора и потребления. Это также и стереотипизация норм питания присутствующих в культурной среде индивида» [12, с.20].

Пищевое поведение направлено и на образ своего тела, как бы формируя его и визуализируя т.е. пищевое поведение включает в себе не только отношение и сопутствующие характеристики при выборе продуктов питания, но также и эмоциональную составляющую, которая сопровождает этот процесс

выбора. Именно поэтому, пищевые привычки, различны не только на уровне народов и стран, а также и на индивидуально-личностном уровне

Общая типология пищевого поведения предполагает его разделение на адекватное или отклоняющееся, данная категоризация связана и вызвана тем, какое место занимает питание в иерархии ценностей человека, какие культурные нормы в плане выбора и потребления еды он принимает от общества, а какие отвергает; какая эмоциональная составляющая детерминирует его выбор или отказ, что связано с рядом параметров, таких как: место питания в иерархии личностных ценностей; какие механизмы участвуют в процессе выбора пищи; какова составляющая традиций (ритуалов) присутствующих в обществе и как именно они влияют на пищевое поведение.

Пищевая потребность является собой базис, от этого зависит витальная энергия и здоровье индивида, она обеспечивает поддержание гомеостаза, питательных веществ, аминокислот, микроэлементов и витаминов, которые поддерживают жизнедеятельность организма.

Еще в своих работах А. Маслоу отмечал важность удовлетворения основных биологических потребностей. Он считал, что на базисном уровне потребности человека должны удовлетворяться, что в свою очередь будет способствовать актуализации высших потребностей [36].

На физиологическом уровне пищевое поведение зависит напрямую от работы гипоталамуса. Гипоталамус является внешним подкорковым центром вегетативной нервной системы. Эта часть мозга давно изучена физиологами, неврологами, нейропсихологами. Он управляет всеми основными процессами гомеостаза. Организм может быть определен как физико-химическая система, которая существует в окружающей среде в стационарном состоянии. Ученые провели исследование, которое заключалось в том, что при стимулировании пищевого поведения у животных наблюдаются все реакции, характерные для животного в поисках пищи. Подойдя к миске, животное с искусственно стимулированным пищевым поведением начинает есть, даже если оно не голодное, в том числе жевательные несъедобные предметы.

При изучении физиологических проявлений, было установлено, что такое поведение сопровождается обильным слюноотделением, повышенной подвижностью и кровоснабжением кишечника, и уменьшением мышечного кровотока. Изменения на физиологическом уровне представляют собой подготовку к приему пищи, что в свою очередь влияет на активизацию парасимпатической нервной системы, участвующей в работе желудочно-кишечного тракта.

Т.Г. Вознесенская выделяет три основных типа расстройств пищевого поведения: внешнее пищевое поведение (при взгляде на еду, как раздражитель), эмоциональное пищевое поведение (гиперфагическая реакция на стресс), а также ограничительное пищевое поведение [4].

Внешнее пищевое поведение - это повышенная реакция человека не на внутренние раздражители, связанные с приемом пищи, например, на голод, переполнение желудка, а на внешние раздражители (накрытый стол, человек ест еду, рекламирует еду).

Эмоциогенное пищевое поведение является гиперфагической реакцией на стресс, оно переедает под влиянием эмоционального состояния. Т.Г. Вознесенская дает такой синоним для такого состояния, которое Шелтон называет «пьянством пищи», и говорит, что эта форма встречается в большинстве случаев [4, с. 136]. Стимулом к употреблению в этом случае является не голод, а эмоциональный дискомфорт, то есть беспокойство, обида, депрессия человека. Эмоциональное пищевое поведение также включает приступы переедания, в том числе ночью.

Ограничительное пищевое поведение по своей сути является чрезмерным самоограничением питания и несистематическими строгими диетами. Затем человек ограничивает себя, а затем систематически переедает. Такое поведение связано как и с эмоциональной нестабильностью, так и с неспособностью противостоять искушениям. Во время диеты человек находится в депрессивном состоянии, что приводит к частым рецидивам и дальнейшему увеличению веса. Все это сопровождается чувством вины и желанием самонаказания, то есть

человек находится в некоем порочном круге, из которого он не может выйти.

«Руководство по диагностике и систематике психических расстройств» Американской психиатрической ассоциации (DSM-IV) также определяет три типа расстройств пищевого поведения: нервная анорексия, нервная булимия и неуточненные расстройства пищевого поведения, в частности систематическое неограниченное компульсивное переедание [12, с.29].

В 10-й редакции Международной классификации психических заболеваний (МКБ-10), которая также используется отечественными экспертами, ссылки на расстройства пищевого поведения (F50) приводятся в разделе F5 («Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими расстройствами и физическими факторами») и рассматриваются в этой связи., нервная анорексия и нервная булимия [24].

Ряд авторов [12; 16; 22; 24] нервная анорексия и нервная булимия относятся к отклонениям аффективного и обсессивно-компульсивного спектра или рассматриваются как отдельный вариант психосоматического расстройства.

Fairburn C. G., Cooper Z., Shafran R. (2003) создали когнитивную модель анорексии (Рис.1.), а также ее характеристики, такие как:

- 1) ограничение потребления пищи относительно потребностей, приводящих к значительному снижению массы тела;
- 2) интенсивный страх набора веса или ожирения, или поведение, которое препятствует увеличению веса;
- 3) нарушениям в том, как воспринимаются форма и вес тела и / или чрезмерное влияние массы тела или формы на самооценку (Американская психиатрическая ассоциация, 2013).

Fairburn, Cooper и Shafran (2003) утверждают, что переоценка питания, формы и веса, а также их контроль имеют решающее значение для возникновения нервной анорексии. Они предполагают, что этот когнитивный процесс ведет к диете и контролю веса, что приводит к «синдрому голода» и дальнейшим когнитивным изменениям. Их модель нервной анорексии, представленная здесь, описывает особенности как «ограничивающего типа», так

и «передающего / очищающего типа».

В своей расширенной трансдиагностической теории расстройств пищевого поведения (частью которой являются поддерживающие процессы), авторы идентифицируют ряд дополнительных механизмов поддержания, которые действуют в некоторых случаях нервной анорексии. К ним относятся:

- 1) Клинический перфекционизм;
- 2) Низкая самооценка (постоянные и негативные убеждения, которые рассматриваются как часть индивидуальности личности);
- 3) Непереносимость настроения (трудности в преодолении пиковых состояний настроения) [38, с. 509-528].

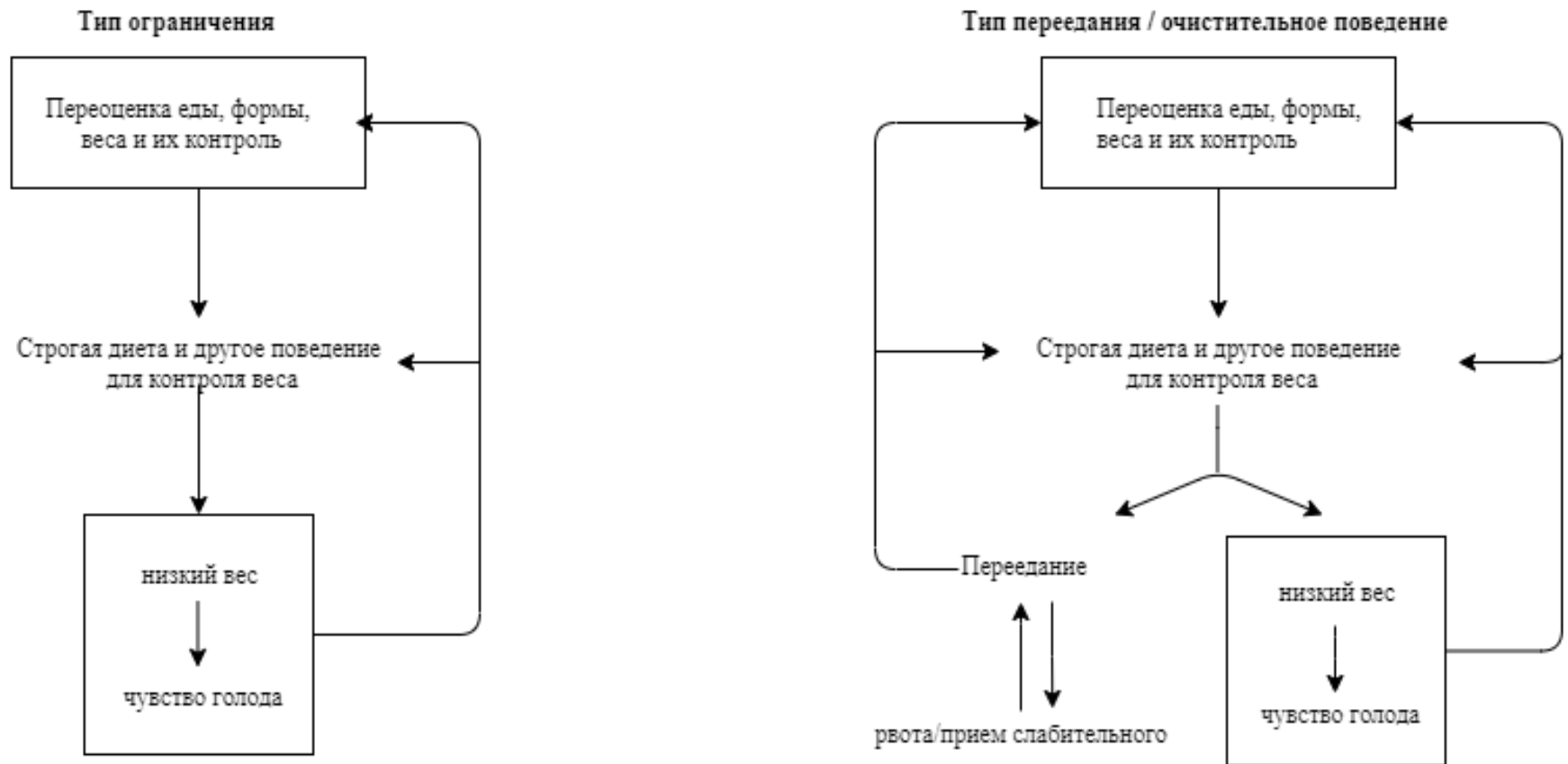


Рисунок 1. Когнитивно-поведенческая модель нервной анорексии

Нервная булимия сопровождается также процессом переедания, и последующими эпизодами компенсаторного поведения для предотвращения увеличения веса. Такое поведение может включать в себя самопроизвольную рвоту, злоупотребление слабительными или чрезмерные физические нагрузки.

Fairburn, Marcus и Wilson (1993) предположили, что дисфункциональная система самооценки является центральной для поддержания нервной булимии. Вместо того, чтобы оценивать свою самооценку на основе широкого спектра критериев, они утверждают, что люди с булимией судят о себе «в основном или даже исключительно, с точки зрения их привычек питания, формы или веса (и часто всех трех критериев) и их способности контролировать те самые критерии. Считается, что «проблемы» нервной булимии, такие как поведение, связанное с контролем веса и чрезмерная озабоченность весом, связаны с этим основным механизмом.

Эпизоды переедания являются результатом негативных реакций на «промахи» (неудачи) в попытках придерживаться жесткого диетического контроля. Дополнительным фактором, поддерживающим переедание у тех людей, которые практикуют рвоту или использование слабительных средств, является ошибочное убеждение, что эти методы являются эффективными стратегиями, позволяющими минимизировать увеличение веса. Представленная здесь когнитивно-поведенческая модель нервной булимии (Рис.2) иллюстрирует эти процессы, являющиеся основными для протекания данного расстройства.

Fairburn, Cooper и Shafran (2003) разработали трансдиагностическую модель расстройств пищевого поведения, частью которой являются эти поддерживающие циклы нервной булимии. Чтобы учесть широкий спектр проявлений расстройства пищевого поведения, трансдиагностическая модель включает в себя четыре дополнительных поддерживающих механизма, которые действуют у некоторых людей:

- 1) Клинический перфекционизм;
- 2) Низкая самооценка (постоянные и распространенные негативные

убеждения в себе, которые рассматриваются как часть личности самого себя). -идентичность);

3) Нетерпимость к своему настроению (трудности преодоления пиковых состояний настроения);

4) Трудности в межличностном общении [46, 47.]..



Рисунок 2. Когнитивно-поведенческая модель нервной булимии

Основное понимание когнитивно-поведенческой модели обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР), которое и является преддиктором компульсивного переживания, заключается в том, что именно клиентская интерпретация стимулирует дистресс и дезадаптивную реакцию (Salkovskis, Forrester, Richards, 1998).

Навязчивые мысли, образы, побуждения и сомнения очень распространены и совершенно нормальны (Purdon, Clark, 1993, 1994): что дает им эмоциональную силу в ОКР, так это значение, которое клиенты присваивают им. Люди с ОКР обычно интерпретируют возникновение или их содержание как:

- 1) Имея в виду что-то плохое о них и / или что произойдет что-то плохое;
- 2) Считая, что они несут личную ответственность за предотвращение причинения вреда себе и / или другим.

Интерпретация навязчивых мыслей, через призму ответственности имеет ряд последствий, в том числе: усиление дискомфорта, повышенное внимание, активные попытки уменьшить навязчивые идеи и попытки уменьшить или снять ответственность. Хотя эти усилия могут привести к кратковременному снижению тревожности, в долгосрочной перспективе они усиливают озабоченность навязчивыми мыслями и поддерживают схему реагирования на них.

Важным терапевтическим преимуществом когнитивно-поведенческой модели ОКР является то, что врачи могут работать на уровне смысла самих мыслей. Это можно противопоставить традиционному предотвращению воздействия и реагирования, которое можно представить, как вмешательство на уровне нейтрализующего поведения. Клиенты могут помочь разработать альтернативную, менее угрожающую интерпретацию того, что означают вторжения, а затем протестировать эту альтернативу в процессе сбора информации, который может включать мониторинг симптомов, поведенческие эксперименты и упражнения на воздействие.

Когнитивно-поведенческая модель обсессивно-компульсивного

расстройства (Рис. 3) (ОКР) представляет когнитивную модель Salkovskis, Forrester и Richards (1998) и предоставляет ряд примеров для концептуализации случая [58, 62, 63, 66].



Рисунок 3. Когнитивно-поведенческая модель обсессивно-компульсивного расстройства

Компульсивные расстройства пищевого поведения клинически проявляются в неконтролируемой потребности в пище, что также сопровождается физиологическими проявлениями, однако насыщения как такового не происходит, человек прекращает есть, лишь ощущая полную (иногда болезненную) заполненность желудка. Обычно, продолжительность приступов переедания длится не больше двух часов. Нет чувства контроля над приемом пищи, то есть человек не может остановить себя или уменьшить количество потребляемой им пищи [4].

Современные подростки, в частности девушки, все чаще становятся подвержены транслируемой в обществе установке относительно образа тела и внешнего вида, что приводит к заикленности на желании иметь стройное тело. Зачастую возникновение анорексии в пубертатном периоде связывают с нестабильностью гормонального фона, что приводит к резким сменам настроения, когда агрессивные реакции, как и неудовлтворенность транслируется на себя, что приводит к попыткам «сделать себя красивее» любым способом. Девушек, страдающих от данной болезни, пугает сам факт приема пищи, страх полноты и боязнь набрать вес.

Согласно структуре личности и внутреннему состоянию, женщины с анорексией не готовы к своей зрелости, они инфантильны и испытывают болезненное формирование своей женственности [7]. При нервной анорексии стремление к потере веса становится ключевым компонентом личности. Заболевание обычно не распознается в течение длительного времени, и помощь не оказывается вовремя.

1.3. Психологический взгляд на формирование пищевых нарушений

Современная парадигма в психологической науке включает в себя результаты значительного числа теоретических, экспериментальных и методологических исследований по теме расстройств пищевого поведения (РПП).

В зарубежной и отечественной научной среде рассматриваются, как и биологические так и психологические и социокультурные факторы, которые являются преддикторами возникновения заболевания. Исследователи темы РПП приходят к мнению, что данное расстройство является следствием, как и генетических факторов, так и социального окружения. Например, близнецовые исследования по теме РПП [27] установили, что процент наследственной предрасположенности к нервной анорексии (НА) составляет от 33% до 84%, а для нервной булимии (НБ) - от 28% до 83%. Таким образом, было выявлено, что переедание, самоиндуцирующая рвота, стремление к худобе, а также трансформация образа своего тела, находятся под генетической детерминантой [42].

Направление глубинной психологии объясняет потерю аппетита и отказ от еды как защиту подсознательных устных и агрессивных тенденций. Также, мы можем говорить о голоде, как о наказании, бессознательной реакции протеста и сопротивления [28].

В концепции психоанализа расстройства пищевого поведения рассматриваются как состояние оральной регрессии, процесс приема пищи интерпретируется как возвращение к состоянию покоя и тепла рядом с матерью [27, с.275].

Центро-формирующее положение, в рамках психоаналитических объяснительных теорий, занимает идея о формирования личности ребенка в процессе его психосексуального развития. Еще в 1894 г. З. Фрейд описал случай

анорексии у молодой мамы. Он подчеркивал прежде всего смещение оральной сексуальности и отвращение, которое блокирует такие импульсы. Он также объяснил возникновение болезни механизмом преобразования.

Представитель психоаналитической школы Х. Брух, занимался изучением и лечением расстройств пищевого поведения. Им была разработана теория, согласно которой нарушение в диадах «мать - дочь» приводят к значительному дефициту «Эго» у ребенка (включая отсутствие независимости и контроля) и серьезным когнитивным искажениям, которые в свою очередь приводят к расстройству пищевого поведения [28].

В когнитивной модели нервная анорексия (НА) была описана как «стремление к похудению», а нервная булимия (НБ) была описана как «постоянный страх полноты». Парадигмальная концепция когнитивной психологии утверждает, что необходимо признать ведущую роль социальной ситуации в развитии РПП, но при этом вектор исследований требуется направить на выявление специфики когнитивного уровня в формировании РПП.

Также, когнитивное направление установило, что люди, страдающие от РПП во многом зависимы и от мнения общества, мало контролируют свою жизнь, полагаются на других более чем на себя, является оправданной [29].

В отечественной психологической науке, ряд ученых выделяют РПП, как расстройство свойственное различным группам лиц, в частности подростков и студентов, что делает научные исследования по установлению причин и предикторов данной нозологии необходимым для анализа и использования на практике, по снижению встречаемости РПП.

О.А. Скугаревский указывает, что целесообразнее прибегнуть к биосоциальной модели, при рассмотрении РПП. Путем эмпирического исследования студентов, он сделал вывод, что пристальное внимание стоит акцентировать на особенности семейной ситуации, образу тела, пищевым предпочтениям, а также самооценке человека [30].

Социальное давление для похудения сопровождается наличием конкретных индивидуальных предикторов, таким как низкая самооценка, что

приводит к тому, что большинство женщин ограничивают потребление калорий и стремятся соблюдать специальную диету [31]. Намечается тенденция к стремлению установить связь между гармонизацией личностного состояния женщин и чертами феминности, что в том числе приводит к стремлению женщин транслировать созданный культурой образ матери/жены, и выполняя свою роль, стремясь ей соответствовать, преодолевая внутренние противоречия и желания. Эти нереалистичные ожидания привели к увеличению расстройств пищевого поведения [67, 70].

Многокомпонентная основа в формировании и развитии РПП делает анализ индивидуальных последствий в этиологическом направлении более сложным. Важными отличительными психологическими характеристиками и паттернами поведения и в формировании и развитии как нервной анорексии (НА), так и нервной булимии (НБ) являются: состояния фрустрации, апатия, разочарование и боязнь взросления. Также следует отметить, что у лиц с нарушениями пищевого поведения отмечается и тенденция к игнорированию сигналов своего тела, искажение представлений о нем. Подростковый возраст является сензитивным к формированию данной нозологии, ведь низкая самооценка и неспособность справиться с проблемными ситуациями, влечет за собой большое количество физических и внутриличностных трансформаций. Неумение лиц подросткового возраста справиться самостоятельно с ситуациями повышенного стресса и тревоги, в результате изменения в их социальной и личной жизни, приводит к нарушениям пищевого поведения. Данная тенденция к РПП выступает, как способ справиться с негативными эмоциями и процессами, путем содания безопасного, как кажется подросткам пути ее решения.

1.4. Психологические особенности нарушения пищевого поведения среди подростков

Современные исследования темы РПП базируются на классификации, согласно которой существует три определяющих типа расстройства пищевого поведения. К ним относятся: экстернальное т.е. поведение, зависящее от внешних раздражителей, эмоциогенное пищевое поведение (вызванное пиком переживаемых эмоциональных состояний), а также выделяют и ограничительное пищевое поведение.

Внешнее (экстернальное) пищевое поведение характеризуется тем, что сигналы о потребности в пище исходят из вне, например, при просмотре рекламы, где человек видит приготовление блюда, или при виде накрытого стола. При этом гомеостатические критерии потребности в пище могут и вовсе отсутствовать. Зачастую, лица с избыточной массой тела потребляют пищу, игнорируя внутреннюю потребность своего организма в насыщении.

Реакция на внешние пищевые раздражители у людей с оптимальным индексом массы тела, усиливается при ощущении голода, при этом биохимические показатели организма объективно свидетельствуют о наличии потребности восполнить снижение в крови жизненно важных компонентов (например, глюкозу) Людей с ожирением характеризует именно отсутствие правильной интерпретации сигналов своего тела о чувстве голода или сытости. Именно отсутствие адекватного восприятия таких сигналов собственного тела, могут говорить нам о наличии, либо риске формирования РПП.

Эмоциогенное пищевое поведение интерпретируется как гиперфагическая ответная реакция индивида на стресс. Стимулом для проявления эмоциогенного пищевого поведения являются эмоции, которые человек жаждет проигнорировать, отвлекаясь на процесс еды. Это также могут быть состояния тревоги, страха, кризисные состояния, связанные с разводом, гибелью близкого человека и т.д. Данный вид РПП зачастую коррелирует с неумением справляться с тяжелыми ситуациями другим (альтернативным) способом, возможно, это связано с малоразвитыми механизмами саморегуляции, и нестабильным гормональным фоном, который свойственен лицам пубертатного возраста [9].

Эмоциогенное пищевое поведение зачастую приобретает форму либо

компульсивного потребления пищи, либо в виде «синдрома ночной еды». Данный синдром проявляется в виде дестабилизации в суточном приеме пищи, потребность в еде возникает спонтанно, обычно в ночное время.

Ситуацию компульсивного приема пищи в свою очередь сопровождает потеря самообладания и контроля над своими действиями, что способствует тому, что человек переедает. В дальнейшем это состояние приобретает форму чувства вины, присутствуют угрызения совести за неумение контролировать свои желания. В последствии данные тенденции перерастают в булимические эпизоды, т.е. желание избавиться от съеденной еды, и по факту вновь приобрести контроль над своими действиями. Период неконтролируемого и неосознаваемого поглощения пищи при булимии, может быть прерван социальными ситуациями, таких как присутствие близких. Это связано с тем, что больные булимией стараются скрыть свое заболевание, они стесняются своих приступов обжорства.

В классификации DSM-IV для характеристики критериев компульсивного переедания были выбраны следующие симптомы: употребление в пищу большого количества еды без чувства голода (вызванного физиологической потребностью); ощущение потери контроля во время переедания; ненависть к себе, депрессия или чувство вины из-за переедания;

Эпизоды переедания могут сопровождаться следующими симптомами: переедание в ограниченные (дискретные) периоды времени приема пищи происходит ускоренно и хаотично, чем обычно. Мы можем сделать вывод, что в целом картина данного состояния подходит под описание нервной анорексии, однако есть координальные различия. Психопатологическая ситуация приобретает более однородный характер, что может даже проявляться в том, что лица с компульсивным перееданием обращаются к врачу с запросом о желании похудеть.

Как и при нервной булимии, приступы переедания чередуются с периодами самоограничения в еде. Психопатологические симптомы этих двух заболеваний также схожи, но пациенты с компульсивным перееданием

обращаются к врачу позже, обычно с целью похудения. Следует также отметить, что набор или потеря в весе могут являться предикторами заболеваний сердечно-сосудистой системы, а приступы булимии принимают роль катализаторов болезни.

Синдром ночной еды встречается несколько реже, чем синдром компульсивного переедания и булимии. Для этого вида расстройств пищевого поведения типичным является утренний контроль или отказ от еды вовсе, далее следует срыв и компульсивное поглощение пищи с последующей булимией. Зачастую у лиц страдающий ночным перееданием проявляются черты депрессивных состояний.

По мнению Т. Вознесенской и А.В. Вахмистрова [9]: «Голод и сытость при зависимом от ночного пищевого синдрома являются своего рода модуляторами уровня бодрствования». Функционально наш организм снижает свою работоспособность в разы, после приема пищи. Это связано с аккумуляцией энергии и затрат на переваривание и усвоение еды. Иногда, желание не чувствовать состояния сниженной работоспособности после приема пищи, приводит к полному отказу от еды. Это порождает и обратную тенденцию, для того чтобы уснуть ночью еда, используется в качестве своеобразного снотворного.

Маркеры голода и сытости формируются еще с детства, основная их роль в младенчестве — это регулирование циркадного уровня. При ощущении чувства голода организм пребывает в крайне возбужденном эмоциональном состоянии, нехватка питательных веществ для него повод для стресса, а чувство сытости наоборот заставляет нас почувствовать расслабление, снижение мотивации и ослабление контроля. Таким образом, чтобы вызвать у себя состояние активации, либо расслабления человеку необходимо прибегнуть к психофизиологической регрессии.

Ограничительное пищевое поведение - это чрезмерные меры, предпринимаемые с целью контроля и снижения массы тела, характеризующиеся целенаправленным воздействием на организм посредством

диет. Для ограничительного поведения сопутствующим компонентом является: эмоциональная нестабильность, чувство фрустрации и общей напряженности, беспокойства, депривации сна и пониженного либидо. Отметим и наличие у лиц с ограничительным пищевым поведением «диетической депрессии». Данное понятие описывает процесс эмоциональной нестабильности, вызванное в комплексе базисных ощущений, что приводит к хронической усталости, небоснованной агрессии и даже депрессии.

По мнению Т. Вознесенской и А.В. Вахмистрова [9] «люди, страдающие ожирением с наличием эмоционально-пищевого поведения при использовании изолированной диетотерапии, в 100% случаев испытывают симптомы депрессии в разной степени тяжести. У 30% людей наблюдается выраженное расстройство пищевого поведения, которое сопровождается ощутимым эмоциональным дискомфортом и заставляет их отказаться от терапии».

Гиперопека и забота матери по отношению к подростку может привести к избыточной массе тела у ребенка, это объясняется желанием матери удерживать в пассивном и восприимчивом состоянии своего ребенка. Человек с избыточным весом чувствует себя уязвимым и податливым, что вынуждает его проявлять зависимое поведение, что только усугубляет сепарацию от родителей и приводит к созависимости.

В следствии избыточного веса и снижения активности мы наблюдаем гиперфагические тенденции, которые лишь приобретают в будущем доминирующий характер, возможно они связаны с механизмами защиты, ведь лишний вес может выступать как своего рода защита от чувства собственной неполноценности.

В детстве первичная форма любви и заботы которую получает от матери ребенок приравнивается к чувству сытости, как синониму безопасности и любви мамы. Мы можем рассмотреть еду как аналог любви, пища выполняет функцию заменителя удовольствия в этом случае.

Социальная значимость пищи, с древних времен связана с тем, что процесс добычи пищи изначально объединял группы людей, вынуждал их проявлять

навыки примитивной коммуникации. Обычаи в питании и способах приготовления, подачи и приема пищи имеют значительную межкультуральную дифференциацию, это обуславливает и различия в психосоциальных аспектах того, почему одни нации или народности имеют большую подверженность риску РПП, нежели другие.

Исходя из этого, мы можем сделать вывод, что пищевое поведение человека связано с удовлетворением не только физиологической потребности, но и социально-психологической. Наиболее полно раскрывает сущность РПП биопсихосоциальная модель, которая объединяет в себе биологический, психологический и социальный критерий в формировании пищевого поведения.

Общество оказывает огромное влияние, транслируя нормы и ценности. В частности, касаясь худобы, в последние десятилетия увеличивается тенденция в предпочтении худобы. Так, например, существует стереотип того, что худой человек более успешен, здоров и привлекателен. Полнота в свою очередь связывается с болезнями, ленью и закомплексованностью. Восприятие худых людей нами как более успешных прочно закрепилось в культурном сознании [11].

Заметив увеличение числа РПП в современном обществе, некоторые исследователи связывают это с транслированием нашей культурой стандартов красоты, заключающихся в стройном теле. Данная позиция обоснована тем, что пациенты с булимией и анорексией выражают чрезмерную обеспокоенность своим телом и весом. Гипотеза социального воздействия, говорит о том, что чаще страдают РПП женщины, потому что они более подвержены влиянию культуры и общества, диктующего как они должны выглядеть [10].

Критерии красоты, которые позиционирует наше общество становятся все более значимыми, что приводит к формированию и развитию дисморфофобного синдрома. Это означает что, вес становится важным критерием самооценки и удовлетворенности собой, а в случае несоответствия желаемому, возникает чувство физического недостатка, и вектор самооценки смещается в сторону деструктивных тенденций по отношению к самому себе.

Затем начинается поиск наиболее приемлемого способа похудеть, тогда как мучительная борьба с лишним весом может принимать различные формы. Обе эти болезни могут рассматриваться как гиперболизация ценностей, принятых в обществе. Проблема «социальной» гипотезы та же, что и у «физиологической» - почти каждый человек беспокоится о своей внешности, но не все заболевают расстройствами пищевого поведения.

Пациенты с нервной булимией в частности уделяют большое внимание внешней привлекательности. Общество склонно оценивать людей по их внешности.

Расстройства пищевого поведения включают нервную анорексию, нервную булимию, компульсивное переедание. Клинический и последующий метод выявил значительную частоту стрессов в личных и семейных отношениях, то есть сфера межличностного взаимодействия представляется наиболее проблемной для пациентов с ожирением. Они проявляют повышенную чувствительность в межличностных конфликтах. У пациентов с ожирением было выявлено заметное усиление персистирующей личной тревожности, которая рассматривается как основное психическое свойство, предрасполагающее к повышенной чувствительности к стрессовым воздействиям [11].

Ситуационная (реактивная) тревога достигает степени тяжести невротического состояния. Отличительной особенностью психологической защиты у таких тучных людей является преобладание механизма психологической защиты по типу реактивных образований (гиперкомпенсация). Содержательная характеристика этого варианта психологической защиты предполагает, что человек препятствует реализации неприятных или неприемлемых мыслей, чувств, действий через преувеличенное развитие противоположных устремлений. Существует, трансформация внутренних импульсов в их субъективное понимание противоположного. Для людей существуют также обычные незрелые защитные механизмы психологической защиты, один из которых связан с агрессией, передачей негативного восприятия другим, а другой - с переходом к инфантильным формам реагирования, ограничивающим возможности альтернативного поведения. Пытаясь снизить вес, подростки

интенсивно занимаются физическими упражнениями, стремятся постоянно стоять на ногах, считая, что это приведет к увеличению потребления энергии. В то же время, они начинают упорно ограничивать себя в еде, несмотря на чувство голода. Чтобы избежать конфликтов с родителями из-за недостаточного потребления пищи, пациенты создают видимость нормальной диеты, например, осторожно прячут, а затем выбрасывают «съеденную» пищу.

Некоторые подростки используют слабительные и мочегонные средства для похудения, вызывают рвоту и используют различные пищевые добавки для снижения веса. Стабильное и активное ограничение в питании приводит к значительному снижению массы тела, дегенеративным изменениям в важнейших жизненно важных органах, соматоэндокринным расстройствам, кахексии. Наиболее тяжелые случаи нервной анорексии могут быть смертельными.

Нервная булимия может сопровождать нервную анорексию, но она также может возникать сама по себе. Пациенты с нервной булимией следят за своим весом, делают много упражнений, регулярно следуют диете, но, по крайней мере, два раза в неделю они испытывают приступы обжорства. За короткое время они могут съесть огромное количество калорийных продуктов, при этом они часто буквально глотают пищу, не пережевывая ее и не чувствуя вкуса. Это заканчивается, когда желудок начинает болеть от переедания, и тогда появляется желание вызвать рвоту или использовать большое количество слабительных или мочегонных средств. Друзья и родственники могут не знать, что близкий им человек страдает этим расстройством, потому что такие пациенты «пируют», как правило, одни. В отличие от людей, страдающих нервной анорексией, они не худеют так быстро, они могут весить чуть меньше или даже чуть больше нормы своего роста, но их соматическое состояние ухудшается.

Расстройства пищевого поведения четко иллюстрируют связь между психическим и физическим здоровьем. Психические расстройства при нервной анорексии и нервной булимии напрямую влияют на физическое здоровье

пациента, что приводит к серьезным нарушениям соматического состояния пациента.

.

РАЗДЕЛ 2.

ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ИНТРОЦЕПТИВНОЙ ОСОЗНАННОСТИ И РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

2.1. Методики исследования интроцептивной осознанности и расстройств пищевого поведения у подростков

В настоящем исследовании для изучения интроцептивной осознанности нами была использована «Многомерная оценка интроцептивной осознанности» МОИО (МАИА) [59].

Данная методика представляет собой опросник с характеристиками состояния, состоящий из 37 пунктов, для измерения различных аспектов интроцепции путем самоотчета. Со времени своей первой публикации в ноябре 2012 года МАИА была переведена на 20 других языков и использовалась во многих исследованиях по всему миру (см. Веб-сайт www.osher.ucsf.edu/maia). Исследователями с разных стран было проведено девять проверочных исследований на иностранном языке, которые в целом подтверждают исходную факторную структуру.

В версии МОИО 2018 года авторы W.E. Mehling, C. Price, J. J. Daubenmier, M. Acree, E. Bartmess, A. Stewart использовали исходные критерии (МОИО) МАИА, однако ими были добавлены шесть дополнительных новых элементов, по три для каждой из двух отрицательных шкал.

Во-первых, для шкалы «Отсутствие отвлекаемости» были введены новые вопросы:

- 1) Я стараюсь отвлечься от дискомфортных ощущений (О);

2) Я вытесняю чувство дискомфорта, сосредоточившись на чем-то другом (О);

3) Когда я испытываю неприятные ощущения в теле, я занимаю себя чем-то, чтобы не чувствовать их (О).

(О) указывает на обратную оценку, так что более высокие значения соответствуют сильным навыкам interoцепции.

Во-вторых, для шкалы «отсутствие тревожности», были введены утверждения:

1) Я могу заметить неприятное ощущение в теле без беспокойства по поводу этого ощущения;

2) Я могу сохранять спокойствие и не беспокоиться, когда испытываю чувство дискомфорта или боль;

3) Когда я испытываю дискомфорт или боль, я не могу выбросить это из головы (О).

Как упоминали авторы методики, одной из возможных причин низких показателей Альфа Кронбаха в двух шкалах была обратная оценка. По нашему мнению, как и у первоначальных участников фокус-группы [59], отвлечение внимания и беспокойство являются существенными, но обратными измерениями interoцептивной осведомленности, так что высокие оценки сопровождаются низкой interoцептивной осведомленностью. Поскольку все шкалы в вопроснике предпочтительно имеют одинаковое направление для всей конструкции (высокие оценки должны постоянно указывать на высокую interoцептивную осведомленность). Впоследствии мы использовали правила подсчета очков, учитывая обратный балл по шкалам “Отсутствие отвлекаемости” и “Отсутствие тревожности”.

В последние годы возрос интерес к данным результатов исследований, проводимых в самых разных дисциплинах, и его терминология получила дальнейшее развитие [50].

В частности, термин «interoцептивная осведомленность», либо «интроцептивная осознанность» и его дальнейшее использование оспариваются с различными и часто расходящимися взглядами [69].

Совсем недавно Халса (Halsa) и его коллеги опубликовали «белую книгу», предназначенную для решения некоторых из этих проблем таксономии [55, 56].

То, как мы концептуализируем термин «интероцептивная осведомленность» в методике МОИО, сравнимо с тем, что недавно было названо «интероцептивной чувствительностью» [50].

Интероцептивная осведомленность - это относительно широкий термин с достаточным пространством для определения, концептуализации и практического использования множества аспектов и измерений как элементов сознательных процессов интероцепции, которые могут быть доступны для самоотчета.

Ключевым элементом интероцепции, который был введен в действие и широко используется в исследованиях интероцепции, является концепция интероцептивной точности. Совсем недавно интероцептивную точность также называли интероцептивной чувствительностью, которую нельзя путать с чувствительностью в общем понимании [54].

В настоящее время в многочисленных исследованиях было показано, что объективно измеренная интероцептивная точность (или чувствительность) не имеет четкой корреляции с субъективными интероцептивными мерами самоотчета [39, 40, 54, 65].

Первоначально в исследованиях термин «интероцептивная осведомленность» часто ассоциировался с интероцептивной точностью [40].

Однако в последнее время «интероцептивная осведомленность» использовалась в нескольких исследованиях для обозначения «метакогнитивной осведомленности» о интероцептивной точности, осуществляемой с использованием самооценочных критериев уверенности в способности определять свое собственное сердцебиение без ощущения пульса [53]. Такое использование «осознания» было подвергнуто критике как редуccionистское и как недостающее богатство феноменологии внутреннего опыта [41].

Интероцепция была определена как процесс, посредством которого нервная система воспринимает, интерпретирует и объединяет сигналы, исходящие от

тела, обеспечивая мгновенное отображение внутреннего состояния тела на сознательном и бессознательном уровнях [50]. Интероцептивная осведомленность здесь определяется как сознательный уровень interoцепции с его многочисленными измерениями, потенциально доступными для самоотчета.

Клинически повышенное внимание к физическим ощущениям обычно ассоциируется с тревогой, соматизацией и ипохондрией [61]. Этот стиль interoцептивного телесного осознания рассматривается как дезадаптивный и потенциально вредный для здоровья. Тем не менее, благодаря внимательности, телесно-ориентированному подходу и широкому спектру методов работы с телом, которые попадают в область интересов научных исследований, формируется совершенно иной стиль взаимного восприятия тела - осознанный, а не управляемый тревогой. Именно он стал темой, представляющей интерес для большой группы исследователей от нейробиологов до сферы интегративной медицины и религиоведения [48, 57].

В последние годы в таких разрозненных точках зрения эта область пережила обмен и слияние идей и концепций [48].

Однако, поскольку надежные исследования зависят от достоверных измерений, был достигнут незначительный прогресс в отношении надежных объективных мер. Достоверность наиболее часто используемых объективных мер для точности interoцепции, задач обнаружения и подсчета сердечных сокращений, была поставлена под сомнение [64, 65].

Кроме того, недавние исследования ставят вопрос о том, является ли измерение точности обнаружения сердечных сокращений мерой достоверности внешнего критерия [60].

Использование нарушений вегетативной функции сердцебиения и измерение соответствующей interoцептивной способности может помочь в прояснении основных научных вопросов, касающихся interoцепции [55], но может рассматриваться как довольно искусственный контекст, ограничивающего его способность охватить богатство interoцептивной феноменологии [41].

МОИО состоит из восьми шкал, соответствующих его 8-факторной структуре [59]. Они обозначены как «Способность замечать», «Отсутствие отвлекаемости», «Отсутствие тревожности», «Регулирование внимания», «Эмоциональная осведомленность», «Саморегуляция», «Слушание тела» и «Доверие».

«Отсутствие отвлекаемости» указывает на склонность игнорировать или отвлекать себя от ощущения боли или дискомфорта.

Отсутствие тревожности указывает на эмоциональный стресс или беспокойство с ощущением боли или дискомфорта.

МОИО (MAIA) - это субъективная оценка человеком своего актуального состояния. Существуют ограничения, присущие подходу самооценки любой психологической черты, которая включает, но не ограничивается смещением реакции, зависимостями от состояния и социальной одобряемостью. Однако не существует четко определенной объективной меры для измерений interoцептивного телесного сознания [59, с. 8, 20].

В нескольких исследованиях оригинальной английской версии и ее переводов альфа Кронбаха для этих двух шкал были ниже опубликованной версии и были меньше оптимальных значений. Это было частично объяснено двумя характеристиками этих шкал: во-первых, обе из них имели обратные оценки «отрицательных» пунктов, тогда как все остальные шкалы имели только положительные оценки. Во-вторых, обе шкалы состояли только из трех элементов, и альфа Кронбаха чувствительна к количеству элементов шкалы [68]. Данный опросник был переведен и модифицирован нами для русскоязычной выборки (см. Приложение А).

В нашем исследовании мы использовали методику «ЕАТ-26» для выявления склонности к РПП, данная методика во всем мире широко используется как скрининговый диагностический инструмент для выявления риска нарушений пищевого поведения (НПП).

Тест на пищевое отношение (ЕАТ, ЕАТ-26), создан Дэвидом Гарнером, он представляет собой широко используемый вопросник для самоотчета, состоящий из 26 пунктов (см. Приложение Б) стандартизированный показатель

самоотчетов о симптомах и проблемах, характерных для расстройств пищевого поведения. EAT был особенно полезным инструментом скрининга для оценки «риска расстройства пищевого поведения» в старшей школе, колледже и других образцах особого риска, таких как спортсмены. Скрининг расстройств пищевого поведения основан на предположении, что ранняя диагностика и выявление РПП, может привести к более раннему лечению, тем самым уменьшая серьезные физические и психологические осложнения или даже смерть. Кроме того, EAT был чрезвычайно эффективен при скрининге нервной анорексии во многих популяциях (Garner, Garfinkel, 1979).

EAT-26 может использоваться в неклинических, а также клинических условиях, не ориентированных конкретно на расстройства пищевого поведения. Его можно вводить в групповой или индивидуальной обстановке, и он предназначен для специалистов по психическому здоровью, школьных психологов, тренеров, лагерных вожатых и других лиц, заинтересованных в сборе информации, чтобы определить, следует ли направлять человека к специалисту для оценки состояния здоровья. расстройство пищевого поведения Он идеально подходит для школьной обстановки, спортивных программ, фитнес-центров, педиатрической практики, общей практики и амбулаторных психиатрических отделений. Он предназначен для подростков и взрослых.

EAT-26 оценивается по шестибалльной шкале в зависимости от того, как часто человек участвует в определенных видах поведения. На вопросы можно ответить: всегда, обычно, часто, иногда, редко и никогда.

Завершение EAT-26 дает «индекс рефералов», основанный на трех критериях: 1) общий балл, основанный на ответах на вопросы EAT-26;

2) ответы на поведенческие вопросы, связанные с симптомами пищевого поведения и потерей веса;

3) индекс массы тела (ИМТ) человека, рассчитанный на основе его роста и веса.

Как правило, направление рекомендуется, если респондент оценивает «положительно» или соответствует «отсеченным» оценкам или порогу по одному или нескольким критериям.

2.2. Описание эмпирического исследования уровня интроцептивной осознанности и расстройств пищевого поведения у подростков

Исследование заключалось в проведении методик ЕАТ-26 и МОИО на выборке учащихся 10-11 классов на базе МБОУ Ялтинская средняя школа-лицей №9. Возраст учащихся 15-18 лет. Средний возраст испытуемых 16,5 лет. В исследовании приняли участие лица мужского (51 человек) и женского пола (25 человек). Общее число выборки составило 76 человек (N=76).

Можно выделить следующие три этапа исследования:

1. Подготовительный этап, на котором прошел подбор методик для исследования, подготовка раздаточного материала, выбор группы исследуемых.
2. Полевой этап, на котором пошло непосредственное проведение исследования, сбор данных для последующей их обработки.
3. Подсчет данных и математическая (статистическая) обработка с помощью программы STATISTICA v.8.

Методики:

1. МОИО (MAIA) (авторы: Mehling W., Acree M., Stewart A., Silas J., Jones A.), модифицированный нами опросник (Приложение А)
2. ЕАТ-26 авторы: Garner, D.M., & Garfinkel P. E (Приложение Б)

В ходе обработки были использованы методы статистического анализа такие как: корреляция, кластерный анализ и расчет альфы Кронбаха, для выявления внутренней согласованности шкал по методике МОИО.

Нами был произведен расчет критических значений по методике МОИО и в Приложении Г мы можем наблюдать выявленные критические значения, которые свидетельствуют о наличие взаимосвязи между шкалами данной

методики. На основе критических значений мы провели кластерный анализ Приложение Д, который наглядно демонстрирует взаимосвязь переменных. Отметим, что коэффициент альфы Кронбаха 0,787 (Приложение И) свидетельствует о высокой согласованности шкал, что говорит о надежности и валидности методик. После расчета критических значений, Альфы Кронбаха и кластерного анализа необходимых для валидизации и апробации новой методики МОИО на русской выборке мы приступили к выявлению взаимосвязи между методикой ЕАТ-26 и МОИО. Полученные нами данные продемонстрированы в (Приложении В) где наблюдается взаимосвязь переменных ЕАТ-26 со шкалами «саморегуляция» и «слушание тела». Также кластерный анализ по методикам продемонстрировал наличие обратной связи между методикой МОИО и отдельными ее шкалами и ЕАТ-26.

2.3. Анализ полученных эмпирических данных

Полученные нами статистические данные позволяют утверждать, что апробация методики МОИО 2018 года на выборке подростков была успешной. Альфа Кронбаха (Приложение Ж) говорит нам о внутренней надежности шкал, ее коэффициент 0,787.

Данные по кластеру МОИО (Рис.4.) показывают взаимоотношение шкал «Регуляция внимания» и «Саморегуляция».

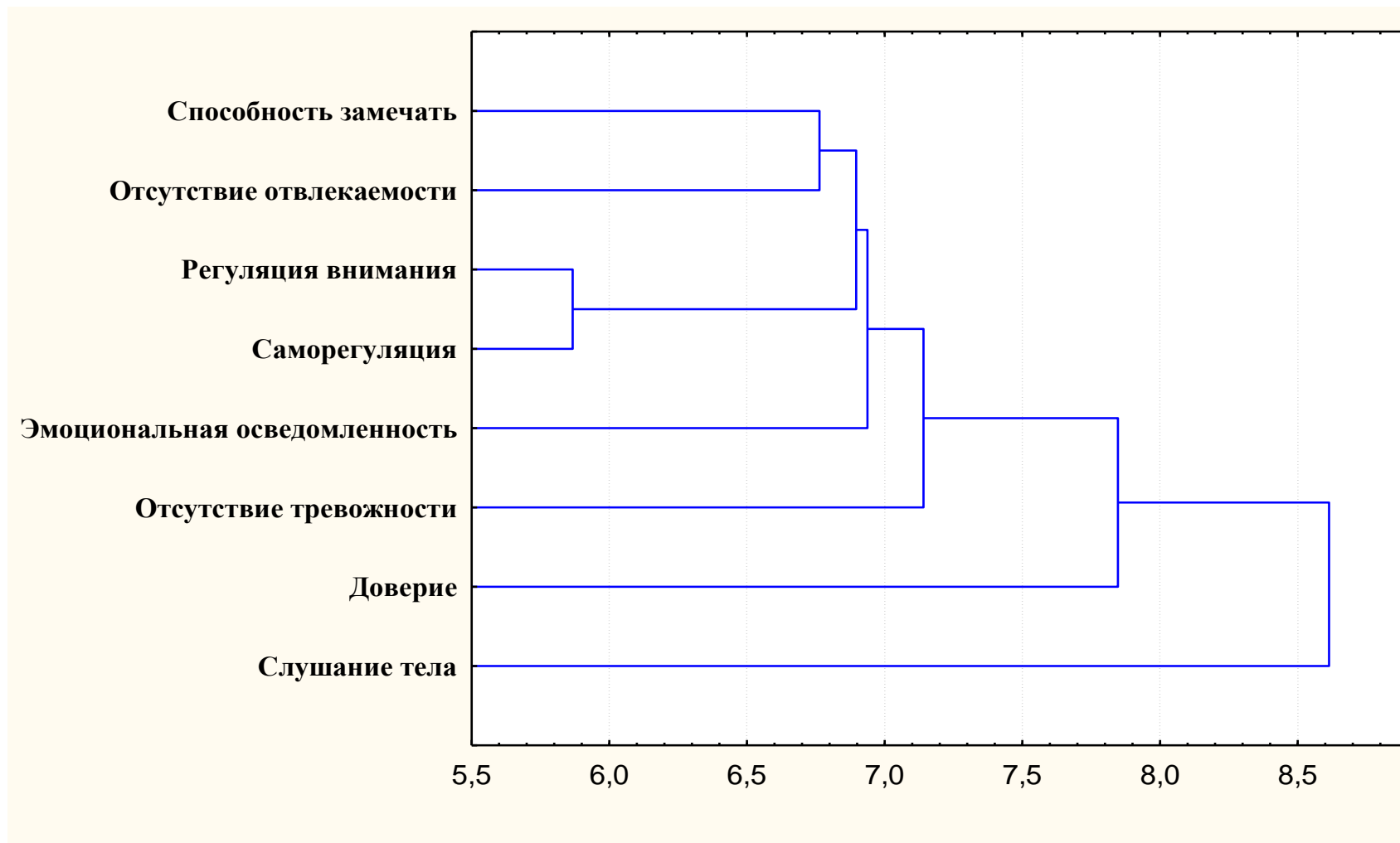


Рисунок 4. Кластер по методике МОИО

Мы можем объяснить это тем, что способность регулировать внимание к ощущениям в своем теле напрямую связана со способностью поддерживать и контролировать это внимание.

Следующий кластер «Способность замечать» и «Отсутствие отвлекаемости» мы интерпретируем, как тенденцию осознание своих дискомфортных ощущений в теле, или же нейтральных вынуждают нас их не игнорировать и не отвлекаться. Ведь чтобы заметить изменения в своем теле необходимо направить свое внимание и ощущение к нему.

Кластер «Эмоциональная осведомленность» связывающий два блока кластеров мы понимаем, как сознание связи между ощущениями тела и эмоциональными состояниями, а ведь именно данная способность индивида и является регулятором, как и способности замечать изменения в ощущениях своего тела, осознавать их, при этом направляя свое внимание к зонам, вызывающим дискомфорт.

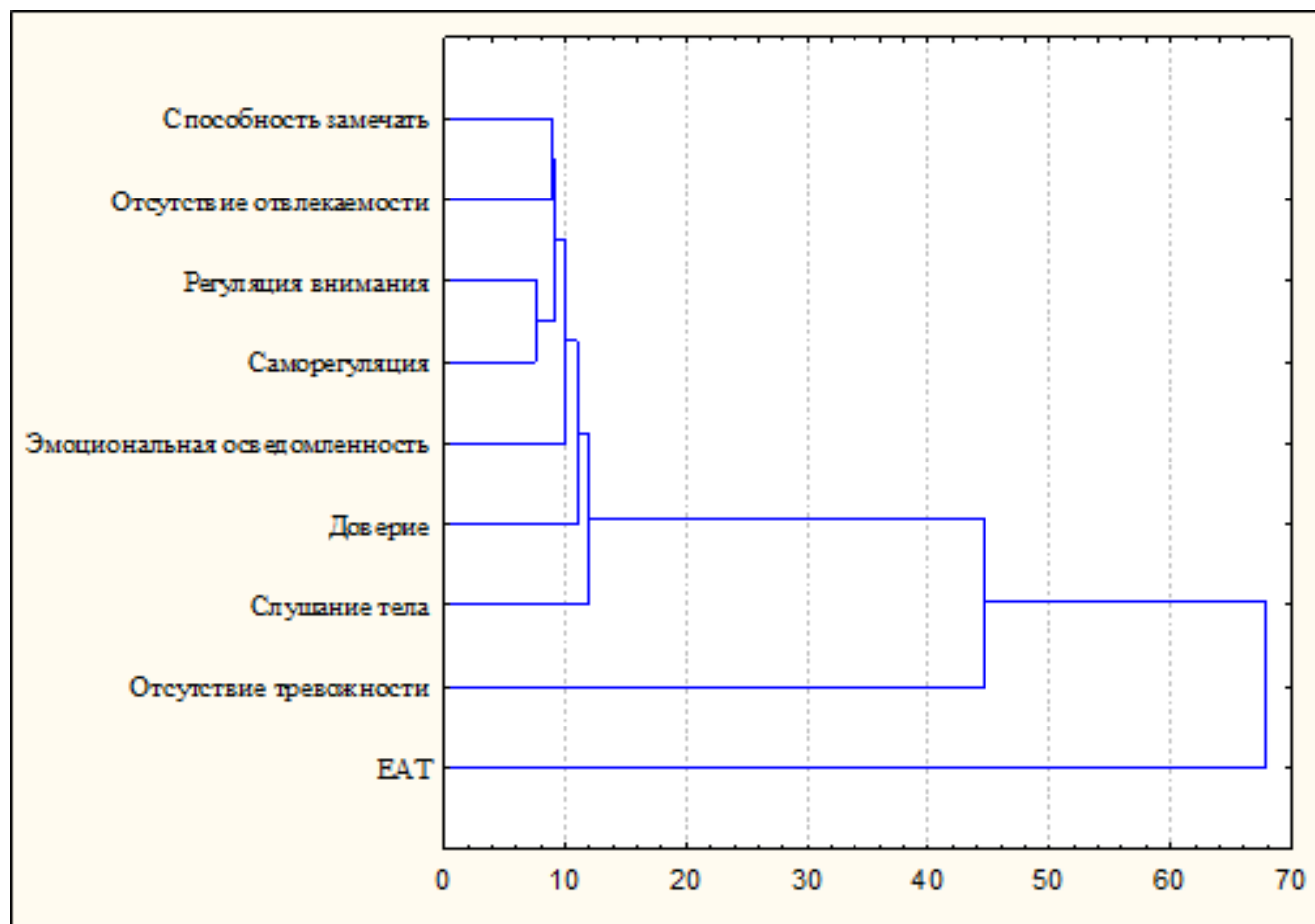


Рисунок 5. Кластер по методике МОИО и EAT-26

Анализируя кластер методик МОИО и ЕАТ-26, мы можем увидеть, что кластер по методике ЕАТ-26 находится обособленно от основных кластеров методики МОИО, возможно это характеризует данные неклинической выборке подростков, у которых не диагностированы расстройства пищевого поведения. Однако мы склонны считать, что именно низкие баллы по методике ЕАТ-26 и объясняют данную тенденцию.

Также именно ЕАТ-26 выявляет склонность либо наличие РПП у диагностируемого, поэтому она и не связана с кластерами МОИО в целом, а в частности с ее шкалой «Отсутствие тревожности», «Доверие», «Слушание тела». Ведь шкала «Отсутствие тревожности» как склонность не беспокоиться или испытывать эмоциональные переживания с ощущением боли или дискомфорта, «Доверие» как ощущение своего тела как надежного и заслуживающего доверия, а также «Слушание тела» как способность активного слушание тела для понимания процессов происходящих в нем, данные шкалы совершенно не сопоставимы с риском к РПП, которые диагностирует ЕАТ-26.

В ходе исследования нам удалось подтвердить гипотезу о взаимосвязи интроцептивной осознанности и расстройств пищевого поведения. Характер взаимосвязи обратный, а именно высокие баллы интроцептивной осознанности сопутствуют низким баллам по методике ЕАТ-26. Также, нами была модифицирована и апробирована новая методика МОИО, данные полученные в ходе исследования говорят о ее надежности и валидност

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В современной психологической практике, для выявления склонности или выраженности РПП активно используется методика ЕАТ-26, которая показала высокие показатели валидности и надежности. Данная методика является скрининговой, ее использование возможно, как и для подростков, так и для взрослых. Использование возможно, как на клинических, так и на неклинических выборках.

Для оценки уровня интроцептивной осознанности мы использовали методику «Многомерная оценка интроцептивной осведомленности» (МОИО) Методика представляет собой опросник с характеристиками состояния, состоящий из 37 пунктов, для измерения различных аспектов интроцепции путем самонаблюдения за состояниями своего тела, и оценки контроля этих состояний. Данная методика была нами модифицированная и применена на русской выборке подростков, полученные данные, говорят о высокой валидности теста.

Также, нами была достигнута цель исследования, мы: выявили корреляционную взаимосвязь, между уровнем интроцептивной осознанности и склонностью к расстройствам пищевого поведения у подростков. Нам удалось адаптировать и оптимизировать русскоязычный вариант теста «Многомерная оценка интроцептивной осведомленности» и «Eating disorder test-26».

Мы оценили факторную структуру и надежность доработанного варианта опросника «Многомерная оценка интроцептивной осведомленности», а также нам удалось выявить встречаемость риска расстройств пищевого поведения на неклинической популяции подростков.

В ходе исследования были выполнены поставленные задачи, а именно:

- 1) Изучила теоретические основы психологических особенностей пищевого поведения в подростковом возрасте, в частности были рассмотрены концепции и взгляды Т.Г. Вознесенской, О.А. Скугаревского. Были рассмотрены зарубежные теории и модели формирования

расстройств пищевого поведения. Нами была впервые адаптирована когнитивно поведенческая схема возникновения и протекания нервной анорексии, булимии разработанная С. G. Fairburn, Z. Cooper, R. Shafran.

- 2) Изучила литературу по теме интроцептивной осознанности и ее формирования и провела модификацию методики «Многомерная оценка интроцептивной осведомленности» (2018);
- 3) Провела эмпирическое изучение уровня интроцептивной осознанности у подростков по методике «Многомерная оценка интроцептивной осведомленности» и склонности к пищевым нарушениям по методике EAT-26 (Eating disorder test-26) сопоставила и проанализировала полученные данные.

В ходе исследования была подтверждена гипотеза, что нарушения пищевого поведения у подростков сопровождаются определенными психологическими особенностями, а именно в уровне интроцептивной осознанности. Чем выше уровень интроцептивной осознанности, тем ниже риск к формированию пищевых расстройств.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Бобров, А.Е. Психопатологические аспекты нервной анорексии / А.Е. Бобров // Альманах клинической медицины. - 2015. - № 51.
2. Вознесенская, Т. Г. Ожирение / Т.Г. Вознесенская // Глава 9. Типология нарушений ПП и эмоционально-личностные расстройства при первичном ожирении и их коррекция. М., 2010. – 277 с.
3. Вознесенская, Т. Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция / Т.Г. Вознесенская // Ожирение и метаболизм. - 2004. - Т. 2. – 218 с.
4. Вознесенская, Т. Г. Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении / Т.Г. Вознесенская, А.В. Вахмистров // Невропат, и психиатр. - 2001. - Т. 12. - С. 19-24.
5. Вудман, М. Сова была раньше дочкой пекаря. Ожирение, нервная анорексия и подавленная женственность / М. Вудман / - М: Когито-Центр; 2011. - 312 с.
6. Демешкина, Л.В. Нервная анорексия: обзор и клинический случай / Л.В. Демешкина, О.Н. Сердюченко // Гастроэнтерология. - 2015. - № 3. - Том 57.
7. Егоров, А.Ю. К вопросу о феноменологии пищевых аддикций / А.Ю. Егоров // Человек, алкоголь, курение и пищевые аддикции (соматические и наркопсихиатрические аспекты): Материалы 2-го междисциплинарного конгресса с международным участием. СПб., 2008. – 203 с.
8. Звенигородская, Л. А. и др. Типы пищевого поведения и гормоны пищевого поведения у больных с метаболическим синдромом / Л.А. Звенигородская // Экспер. и клин. гастроэнтерология 2007. - 2007. - Т. 7.
9. Зейгарник, Б.В. Основы патопсихологии [Электронный ресурс]. / Б. В. Зейгарник // Режим доступа: <http://pedlib.ru/Books/1/0050/1-0050-1.shtml>
10. Итоги исследований пищевых расстройств [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://bulimii.net/stati/itogi-issledovaniy-pischevyh-rasstroystv>

11. Малкина-Пых, И.Г. Лишний вес. Освободиться и забыть. Навсегда / И.Г. Малкина-Пых - М.: Изд-во: Эксмо, 2009. – 256 с.
12. Малкина-Пых, И. Г. Терапия пищевого поведения: справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. - М., 2002. - 1041 с.
13. Мариллов, В.В. Результаты длительного исследования нарушений пищевого поведения / В.В. Мариллов, М.С. Артемьева, Р.А. Сулейманов // Вестник Российского университета дружбы народов. - 2006. - №2. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/rezultaty-dlitelnogo-issledovaniya-narusheniy-pischevogo-povedeniya>
14. Менделевич, В.Д. Клиническая медицинская психология / В.Д. Менделевич. - М.: МЕДпресс, 2014. - 360 с.
15. Менделевич, В. Д. Пищевые зависимости, аддикции - нервная анорексия, нервная булимия / В.Д. Менделевич //Руководство по аддиктологии. - . СПб.: Речь, 2007. – 768 с.
16. Минирт, Ф. Наркотик под названием еда. / Ф. Минирт, П. Майер / - М., Триада. - 2009. - 364 с.
17. Немов, Р.С. Психология: учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений: в 3 кн. / Р.С. Немов. - М.: Гуманитар. Изд.центр ВЛАДОС. - Кн. 1. Общие основы психологии - 2015. - 687 с.
18. Николаева, Н.О. История и современное состояние исследований нарушений пищевого поведения (культурные и психологические аспекты) [Электронный ресурс] / Н.О. Николаева // Клиническая и специальная психология. - 2012. № 1. – Режим доступа: <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/nl/49969.shtml>.
19. Николаева, Н.О. Нарушения пищевого поведения: социальные, семейные и биологические предпосылки. / Н.О. Николаева, Т.А. Мешкова // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2011, № 1 (11). - С. 39-49.
20. Патопсихология. Хрестоматия / Сост. Н. Л. Белопольская. - М.: Когито-Центр, 2000. - 253 с.

21. Пономарева, Л. Г. Современные представления о расстройствах пищевого поведения / Л.Г. Пономарева // Молодой ученый. - 2010. - №10. - С. 274-276.
22. Приленская, А.В. Зависимое пищевое поведение: клиника, система тика и пути коррекции / А.В. Приленская, Б.Ю. Приленский //Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2008. - №2. - С.102-105.
23. Расстройства пищевого поведения / Курск: ОАО "ИПП "Курск", 2009. -200 с.
24. Ромацкий, В.В. Феноменология и классификация нарушений пищевого поведения (аналитический обзор литературы, часть I) / В.В. Ромацкий, И.Р. Семин // Бюллетень сибирской медицины. - 2006. - №3. - С. 61-69.
25. Сидоров, А.В. Стили пищевого поведения и психологические характеристики клиентов программ снижения веса с алиментарным ожирением: автореф. канд.псих.наук / Сидоров Александр Витальевич. - М, 2012. - 26 с.
26. Скугаревский, О. А. Методы диагностики нарушений пищевого поведения: инструкция по применению / О. А. Скугаревский. - Минск, 2005. – 34 с.
27. Скугаревский, О. А. Русскоязычная адаптация методики "Шкала оценки пищевого поведения" / Скугаревский О. А., Ильчик О. А., Сивуха С. В. // Психотерапия и клиническая психология. - 2010. - № 3. - С. 4-7.
28. Скугаревский, О.А. Нарушения пищевого поведения / О.А. Скугаревский. - Минск: БГМ., 2007. – 340 с.
29. Скугаревский, О.А. Динамика образа собственного тела в зрелом ипожиллом возрасте и ее механизмы / О.А. Скугаревский // Психотерапия и клиническая психология. - 2004. – №3 (10). – с. 102
30. Скугаревский, О.А. Дефицит массы тела у девушек-подростков: причины и последствия / О.А. Скугаревский // Известия национальной академии наук Беларуси. Серия медицинских наук. - 2007. – №3. – С. 36–44.
31. Скугаревский, О.А. Системная оценка стереотипов пищевого поведения у студенток БГМУ / О.А.Скугаревский // Белорусский медицинский журнал. - 2005. – №1. – С. 91–94

32. Скугаревский, О.А. Озабоченность формой и массой своего тела: может ли изменение стиля питания повлиять на самооценку? / О.А.Скугаревский // Медицинская панорама. - 2007. - №8. – С. 3–7.
33. Соловьева, А.В. Факторы риска нарушений пищевого поведения у лиц с избыточной массой тела и ожирением / А.В. Соловьева // Медицинский альманах. - 2013. - № 6 (30).
34. Сорокман, Т.В. Расстройства пищевого поведения как предикторы развития ожирения у детей / Т.В. Сорокман // Международный эндокринологический журнал. - 2015. - № 5 (69).
35. Суворова, М.И. Как победить пищевую зависимость (Настольная книга толстушки) / М. И. Суворова. - М.: Изд-во Эксмо, 2013. - 224 с.
36. Хьелл, Л. Теории личности (Основные положения, исследования и применение) / Л. Хьелл, Д. Зиглер. - СПб.: Питер, 2008. - 608 с.
37. Черновалова, Е.В. Исследование психологических особенностей пищевого поведения у женщин [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://lomonosovmsu.ru/archive/Lomonosov_2007/16/Chernovalova_EV.pdf
38. Штерн, В. Дифференциальная психология и ее методологические основания / В. Штерн. М., 1998. - 336 с.
39. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.-P. 544
40. Cali, G. Investigating the relationship between interoceptive accuracy, interoceptive awareness, and emotional susceptibility / G. Cali, E. Ambrosini, L. Picconi, W.E. Mehling, G. Committeri // Front Psychol. - 2015. - №6. - P. 120.
41. Ceunen, E. Accuracy and awareness of perception: related, yet distinct / E. Ceunen, I. Van Diest, J.W.Vlaeyen // Biol Psychol. - 2013. - №92 (2). - P. 426–7.
42. Mindful Breathing: Effects on Respiration and Blood Pressure in Pre-hypertensive Women / Chesney M. A., Reeves A. N., Goldberger W. A., Mehling W. E., Avins A. L., Pressman A., - Las Vegas: Project Inspire, 2016. - 342 p.
43. Collier, D. A., Etiology of Eating Disorders // Overview of Modern Psychiatry. - 2006. - №3 (29). - P. 5–7.

44. Craig, A. D. How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body // *Nat. Rev. Neurosci.* - 2002. - №3. - P. 655–666.
45. Craig, A. D. Interoception: the sense of the physiological condition of the body // *Curr. Opin. Neurobiol.* - 2003. - №13. - P. 500–505.
46. Critchley, H. D. Interoception and emotion / H.D. Critchley, S.N. Garfinkel // *Curr. Opin. Psychol.* - 2017. - №17. - P. 7–14.
47. Fairburn, C. G. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment / C.G. Fairburn, Z. Cooper, R. Shafran // *Behaviour Research and Therapy.* - 2003. - №41. - P. 509-528.
48. Fairburn, C. G. Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: a comprehensive treatment manual / C.G. Fairburn, M.D. Marcus, G.T. Wilson // *Binge eating: nature, assessment and treatment.* - 1993. - №5. - P. 361–404.
49. Farb, N. Interoception, Contemplative Practice, and Health / N. Farb, W.E. Mehling - 7 ed-n. - NY: Front Psychol, 2016. - 189 c.
50. Farb, N. Interoception, contemplative practice, and health / N. Farb, J. Daubenmier, C. Price, T. Gard, C. Kerr, B.D. Dunn // *Front Psychol.* - 2015. - №6. - p. 763.
51. Feinstein, J. S. The Elicitation of Relaxation and Interoceptive Awareness Using Floatation Therapy in Individuals With High Anxiety Sensitivity / J. S. Feinstein, S.S. Khalsa, H. Yeh, O. Al Zoubi, A.C. Arevian, C. Wohlrab // *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging.* - 2018. - №3 (6). - p. 555–562.
52. Forkmann, T. Making sense of what you sense: D isentangling interoceptive awareness, sensibility and accuracy / T. Forkmann, A. Scherer, J. Meessen, M. Michal, H. Schachinger, C. Vogele // *Int J Psychophysiol.* - 2016. - №109. - p. 71–80.
53. Garfinkel, S. N. Interoception, emotion and brain: new insights link internal physiology to social behaviour / S.N. Garfinkel, H.D. Critchley // *Soc Cogn Affect Neurosci.* - 2013. - №8 (3). - P. 231–234.
54. Garfinkel, S. N. Knowing your own heart: Distinguishing interoceptive accuracy from interoceptive awareness / S.N. Garfinkel, A.K. Seth, A.B. Barrett, K. Suzuki, H.D. Critchley // *Biol Psychol.* - 2015. - №104. - P. 65–74.

55. Halsa, S. S. Bolus isoproterenol infusions provide a reliable method for assessing interoceptive awareness / S.S. Halsa, D. Rudrauf, C. Sandesara, B. Olshansky, D. Tranel // *Int J Psychophysiol.* - 2008. - №10. - P. 35–41.
56. Hassanpour, M. S. The Insular Cortex Dynamically Maps Changes in Cardiorespiratory Interoception / M.S. Hassanpour, W.K. Simmons., J.S. Feinstein, Q. Luo Lapidus, J. Bodurka // *Neuropsychopharmacology.* - 2018. - №43 (2). - P. 426–434.
57. Holzel, B. K. How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective / B.K. Holzel, S.W. Lazar, T. Gard, Z. Schuman-Oliver, D.R. Yago, U. Ott // *Perspectives on Psychological Science.* - 2011. - №6 (6). - P. 537–559.
58. Kuyken, W. Collaborative case conceptualization: Working effectively with clients in cognitive-behavioral therapy / W. Kuyken, C.A. Padesky, R. Dudley // *Guilford Press.* . - 2011. - №5. - P. 107–111.
59. The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA) [Электронный ресурс] - PLoS One Режим доступа: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0048230> (дата обращения: 19.05.2020).
60. Parkin, L. Exploring the Relationship Between Mindfulness and Cardiac Perception / L. Parkin, R. Morgan, A. Rosselli, M. Howard, A. Sheppard, D. Evans // *Mindfulness.* - 2013. - №5 (3). - P. 298–313.
61. Paulus, M. P. An insular view of anxiety / M.P. Paulus, M.B. Stein // *Biol Psychiatry.* - 2006. - №60 (4). - P. 383–387.
62. Purdon, C. Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects / C. Purdon, D.A. Clark // *Behaviour Research and Therapy.* - 1993. - №31 (8). - P. 713–720.
63. Purdon, C. Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Cognitive appraisal, emotional response and thought control strategies / C. Purdon, D.A. Clark // *Behaviour Research and Therapy.* - 1994. - №32 (4). - P. 403–410.

64. Ring, C. Heartbeat counting is unrelated to heartbeat detection: A comparison of methods to quantify interoception / C. Ring, J. Brener // *Psychophysiology*. - 2018. - №2. - P. 123-128.
65. Ring, C. Influence of beliefs about heart rate and actual heart rate on heartbeat counting / C. Ring, J. Brener // *Psychophysiology*. - 1996. - №33 (5). - C. P. 541-546.
66. Salkovskis, P. M. Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking / P.M. Salkovskis, E. Forrester, C. Richards // *The British Journal of Psychiatry*. - 1998. - №173 (S35). - P. 53-63.
67. Striegel-Moore, H. Etiology of binge eating: A developmental perspective. - New York: Assessment. - 2002. - 205 p.
68. Tang, W. Internal Consistency: Do We Really Know What It Is and How to Assess It? / W. Tang, Y. Cui, O. Babenko // *Journal of Psychology and Behavioral Science*. - 2014. - №2 (2). - P. 205-220.
69. Tsakiris, M. Interoception beyond homeostasis: affect, cognition and mental health / M. Tsakiris, H. Critchley // *Journal of Psychology and Behavioral Science*. - 2016. - №8 (2). - P. 371-376.
70. Yalom, I.D. *Treating Anxiety Disorders* / I.D. Yalom. - San Francisco: Wiley & Sons. - 1996. - 288 p.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Бланк модифицированной методики МОИО (2018)

Многомерная Оценка Интроцептивной Осознанности

Ф.И.О. _____

Пол _____ Дата рождения: _____ Дата тестирования: _____

Ниже вы найдете 37 утверждений. Просьба указать, как часто каждое из них относится к вам в повседневной жизни.

Обведите по одному номеру на каждой строке

Никогда

Всегда

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 1. Когда я напряжен(а), я замечаю, где в теле находится напряжение. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Я замечаю, когда мне неудобно в своем теле. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Я замечаю, где в теле мне комфортно. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Я замечаю изменения в моем дыхании, например, замедляется оно или ускоряется. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Я не обращаю внимание на физическое напряжение или дискомфорт до тех пор, пока оно не станет сильным/серьезным. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Я стараюсь отвлечься от дискомфортных ощущений | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Когда я испытываю боль или дискомфорт, я пытаюсь найти в них силу/зарядиться от них. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Я стараюсь игнорировать боль. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Я вытесняю чувство дискомфорта, сосредоточившись на чем-то другом. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Когда я испытываю неприятные ощущения в теле, я занимаю себя чем-то, чтобы не чувствовать их. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Я расстраиваюсь, когда чувствую физическую боль. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Я начинаю беспокоиться, что что-то не так, если чувствую дискомфорт. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Я могу заметить неприятное ощущение в теле без беспокойства по поводу этого ощущения. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Я могу сохранять спокойствие и не беспокоиться, когда испытываю чувство дискомфорта или боль. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Когда я испытываю дискомфорт или боль, я не могу выбросить это из головы. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Я могу обратить внимание на свое дыхание, не отвлекаясь на происходящее вокруг. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Я могу поддерживать осознание внутренних телесных ощущений, даже когда вокруг меня много чего происходит. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Разговаривая с кем-то я могу обратить внимание на свою осанку. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Как часто каждое из них относится к вам в повседневной жизни?

Обведите по одному номеру на каждой строке

| | Никогда | | | | | Всегда |
|--|---------|---|---|---|---|--------|
| 19. Даже если отвлекусь, я всегда могу вернуться к осознанию своего тела | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Я могу перенаправить своё внимание от мыслей к ощущению тела. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Я могу поддерживать осознание всего тела, даже если часть меня испытывает боль или дискомфорт. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Я могу сознательно сосредоточиться на теле в целом. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Я замечаю, как меняется тело, когда я злюсь. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Когда что-то не так в моей жизни, я чувствую это в теле. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Я замечаю, что мое тело ощущается по-другому после спокойного времяпрепровождения. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Я замечаю, что дыхание становится свободным и легким, когда я чувствую себя комфортно. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Я замечаю, как меняется тело, когда я чувствую себя счастливым / радостным. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Когда я испытываю бурю эмоций, я могу найти спокойное место внутри тела. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Когда я осознаю свое тело, я испытываю чувство спокойствия. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Я могу с помощью дыхания уменьшить напряжение. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Если я не могу перестать о чём-то думать, я могу успокоиться сосредоточившись на теле / дыхании. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Я прислушиваюсь к телу, чтобы понять своё эмоциональное состояние. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Когда я расстроен(а), я посвящаю время тому, чтобы исследовать ощущения в теле. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Я прислушиваюсь к телу, чтобы понять, что мне нужно делать. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Я чувствую себя как дома в моем теле. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Я чувствую, что мое тело - безопасное место. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. Я доверяю своим телесным ощущениям. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ИНСТРУКЦИЯ ПО ПОДЧЕТУ БАЛЛОВ МОИО

Подсчитайте среднее количество значений на каждой шкале.

Примечание: (О): обратный балл (5 - x) пунктов 5, 6, 7, 8, 9 и 10 на Не-Отвлекаемость: и пункты 11, 12 и 15 на Не-Тревожность.

1. Способность замечать: осознание дискомфортных, комфортных и нейтральных ощущений в теле
 $V1 \text{ ______} + V2 \text{ ______} + V3 \text{ ______} + V4 \text{ ______} / 4 = \text{ ______}$

2. Способность не отвлекаться: тенденция не игнорировать или отвлекаться от ощущений боли или дискомфорта
 $V5(O) \text{ ______} + V6(O) \text{ ______} + V7(O) \text{ ______} + V8(O) \text{ ______} + V9(O) \text{ ______} + V10(O) / 6 = \text{ ______}$

3. Способность не беспокоиться: тенденция не волноваться или испытывать эмоциональный дистресс от ощущений боли или дискомфорта
 $V11(O) \text{ ______} + V12(O) \text{ ______} + V13 \text{ ______} + V14 \text{ ______} + V15 (O) / 5 = \text{ ______}$

4. Регуляция внимания: способность поддерживать и контролировать внимание к ощущениям в теле
 $V16 \text{ ______} + V17 \text{ ______} + V18 \text{ ______} + V19 \text{ ______} + V20 \text{ ______} + V21 \text{ ______} + V22 \text{ ______} / 7 = \text{ ______}$

5. Эмоциональная осведомленность: осознание связи между ощущениями в теле и эмоциональными состояниями
 $V23 \text{ ______} + V24 \text{ ______} + V25 \text{ ______} + V26 \text{ ______} + V27 \text{ ______} / 5 = \text{ ______}$

6. Саморегуляция: способность регулировать дистресс вниманием к ощущениям тела
 $V28 \text{ ______} + V29 \text{ ______} + V30 \text{ ______} + V31 \text{ ______} / 4 = \text{ ______}$

7. Слушание тела: активное прислушивание к телу для понимания
 $V32 \text{ ______} + V33 \text{ ______} + V34 \text{ ______} / 3 = \text{ ______}$

8. Доверие: переживание собственного тела как безопасного и заслуживающего доверия
 $V35 \text{ ______} + V36 \text{ ______} + V37 \text{ ______} / 3 = \text{ ______}$

|

Приложение Б

Бланк методики ЕАТ-26

ЕАТ-26 Тест отношения к приему пищи

ФИО _____ Дата тестирования _____

Пол _____ Дата рождения _____

| Пожалуйста, прочитайте утверждения, приведённые ниже, и отметьте в каждой строчке ответ, наиболее соответствующий Вашему мнению. | Никогда | Редко | Иногда | Часто | Как правило | Постоянно |
|---|---------|-------|--------|-------|-------------|-----------|
| 1. Меня пугает мысль о том, что я располнею | | | | | | |
| 2. Я воздерживаюсь от еды, будучи голодным(ой) | | | | | | |
| 3. Я нахожу, что я поглощён(на) мыслями о еде | | | | | | |
| 4. У меня бывают приступы бесконтрольного поглощения пищи, во время которых я не могу себя остановить | | | | | | |
| 5. Я делю свою еду на мелкие кусочки | | | | | | |
| 6. Я знаю, сколько калорий в пище, которую я ем | | | | | | |
| 7. Я в особенности воздерживаюсь от еды, содержащей много углеводов (хлеб, рис, картофель) | | | | | | |
| 8. Я чувствую, что окружающие предпочли бы, чтобы я больше ел(а) | | | | | | |
| 9. Меня рвёт после еды | | | | | | |
| 10. Я испытываю обострённое чувство вины после еды | | | | | | |
| 11. Я озабочен(а) желанием похудеть | | | | | | |
| 12. Когда я занимаюсь спортом, то думаю, что я сжигаю калории | | | | | | |
| 13. Окружающие считают меня слишком худым(ой) | | | | | | |
| 14. Я озабочен(а) мыслями об имеющемся в моём теле жире | | | | | | |
| 15. На то, чтобы съесть еду, у меня уходит больше времени, чем у других людей | | | | | | |
| 16. Я воздерживаюсь от еды, содержащей сахар | | | | | | |
| 17. Я ем диетические продукты | | | | | | |
| 18. Я чувствую, что вопросы, связанные с едой, контролируют мою жизнь | | | | | | |
| 19. У меня есть самоконтроль в вопросах, связанных с едой | | | | | | |
| 20. Я чувствую, что окружающие оказывают на меня давление, чтобы я ел(а) | | | | | | |
| 21. Я трачу слишком много времени на вопросы, связанные с едой | | | | | | |
| 22. Я чувствую дискомфорт после того, как поем сладости | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| 23. Я соблюдаю диету | | | | | | |
| 24. Мне нравится ощущение пустого желудка | | | | | | |
| 25. После еды у меня бывает импульсивное желание её вырвать | | | | | | |
| 26. Я получаю удовольствие, когда пробую новые и вкусные блюда | | | | | | |

Подсчет баллов

Все вопросы теста, за исключением 26-го, оцениваются следующим образом

- "всегда" - 3;
- "как правило" - 2;
- "довольно часто" - 1;
- "иногда" - 0;
- "редко" - 0;
- "никогда" - 0.

26-й вопрос оцениваются следующим образом:

- "всегда" - 0;
- "как правило" - 0;
- "довольно часто" - 0;
- "иногда" - 1;
- "редко" - 2;
- "никогда" - 3.

Баллы по всем пунктам суммируются, и высчитывается общий балл. Укажите здесь общий балл _____

Приложение В

Таблица сырых данных по методике МОИО И ЕАТ-26

| | | | | | МЕТОДИКА МОИО(МАІА) | | | | | | | | | | | | | |
|------|------------|-----|------------|---------|-----------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------|----------------------------|---------------|---------------|---------|-----|-----|-----|-----|--------------|-------------|
| | | | | | МЕТОДИКА ЕАТ-26 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Способность замечать | Отсутствие отвлекаемости | Отсутствие тревожности | Регуляция внимания | Эмоциональная устойчивость | Саморегуляция | Слушание тела | Доверие | | | | | | |
| ФИО | Д.р. | Пол | Д.иссл. | Возраст | Уровень | Балл | Максимальное значение 5.0 | | | | | | | | | | Средн. Знач. | Станд.откл. |
| Б.А. | 06.11.2002 | 0 | 28.11.2019 | 17 | низкий показатель | 1,2 | 1,2 | 2,8 | 2,4 | 1,7 | 2,8 | 2,8 | 0,3 | 3,7 | 2,2 | 1,1 | | |
| Ю.Е. | 05.11.2002 | 0 | 28.11.2019 | 17 | пониженный показатель | 39 | 1,7 | 2,7 | 3,0 | 2,6 | 2,4 | 2,3 | 3,0 | 2,0 | 2,4 | 0,5 | | |
| К.Д. | 15.03.2003 | 0 | 28.11.2019 | 16 | пониженный показатель | 28 | 3,3 | 3,2 | 3,4 | 2,4 | 2,2 | 2,5 | 1,7 | 2,3 | 2,6 | 0,6 | | |
| Н.С. | 30.09.2002 | 0 | 28.01.2020 | 17 | пониженный показатель | 22 | 3,8 | 3,5 | 0,8 | 3,6 | 4,4 | 2,3 | 2,0 | 4,7 | 3,1 | 1,3 | | |
| К.Д. | 12.09.2003 | 0 | 28.11.2019 | 16 | низкий показатель | 18 | 2,5 | 3,0 | 2,6 | 2,3 | 2,2 | 2,5 | 0,7 | 1,7 | 2,2 | 0,7 | | |
| Д.С. | 26.05.2003 | 0 | 28.11.2019 | 16 | низкий показатель | 14 | 3,5 | 4,3 | 2,0 | 2,4 | 4,8 | 3,5 | 2,3 | 4,7 | 3,4 | 1,1 | | |
| Р.В. | 14.10.2002 | 0 | 28.11.2019 | 17 | низкий показатель | 12 | 2,3 | 2,5 | 3,6 | 2,4 | 2,4 | 1,8 | 2,7 | 2,7 | 2,5 | 0,5 | | |
| С.Р. | 30.10.2002 | 0 | 28.11.2019 | 17 | низкий показатель | 9 | 2,8 | 3,2 | 3,4 | 2,4 | 2,2 | 2,5 | 1,7 | 2,3 | 2,6 | 0,5 | | |
| З.В. | 17.10.2002 | 0 | 28.11.2019 | 17 | низкий показатель | 9 | 3,0 | 1,8 | 2,4 | 2,9 | 1,6 | 2,8 | 1,7 | 2,0 | 2,3 | 0,6 | | |
| Б.Л. | 17.08.2003 | 0 | 28.01.2020 | 16 | низкий показатель | 8 | 1,5 | 2,7 | 2,2 | 2,7 | 0,4 | 3,5 | 0,0 | 3,3 | 2,0 | 1,3 | | |
| П.А. | 05.03.2003 | 0 | 28.11.2019 | 16 | низкий показатель | 6 | 2,0 | 2,5 | 2,2 | 3,7 | 2,0 | 4,0 | 2,7 | 2,7 | 2,7 | 0,8 | | |
| Щ.К. | 16.09.2002 | 0 | 28.11.2019 | 17 | низкий показатель | 5 | 4,3 | 2,5 | 1,0 | 3,6 | 3,4 | 1,5 | 0,0 | 1,3 | 2,2 | 1,5 | | |
| П.Л. | 09.08.2003 | 0 | 28.01.2020 | 16 | низкий показатель | 2 | 3,8 | 2,2 | 4,0 | 3,0 | 1,6 | 2,8 | 1,0 | 3,0 | 2,7 | 1,0 | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|------------|---|------------|----|-----------------------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Г.П. | 11.04.2003 | 0 | 28.01.2020 | 16 | низкий показатель | 2 | 2,8 | 0,8 | 3,0 | 3,1 | 2,8 | 2,5 | 3,0 | 4,7 | 2,8 | 1,0 |
| П.А. | 13.09.2002 | 0 | 28.01.2020 | 17 | низкий показатель | 2 | 0,3 | 2,2 | 2,4 | 1,3 | 3,0 | 0,5 | 0,7 | 4,3 | 1,8 | 1,4 |
| П.М. | 20.03.2003 | 0 | 28.01.2020 | 16 | низкий показатель | 0 | 2,0 | 2,3 | 2,0 | 2,4 | 0,0 | 0,8 | 0,0 | 4,0 | 1,7 | 1,4 |
| В.К. | 20.04.2003 | 0 | 28.01.2020 | 16 | низкий показатель | 0 | 3,3 | 2,5 | 2,8 | 3,6 | 3,0 | 3,3 | 2,3 | 4,0 | 3,1 | 0,6 |
| П.Л. | 09.08.2003 | 0 | 28.01.2020 | 16 | низкий показатель | 2 | 3,8 | 2,2 | 4,0 | 3,0 | 1,6 | 2,8 | 1,0 | 3,0 | 2,7 | 1,0 |
| Г.П. | 11.04.2003 | 0 | 28.01.2020 | 16 | низкий показатель | 2 | 2,8 | 0,8 | 3,0 | 3,1 | 2,8 | 2,5 | 3,0 | 4,7 | 2,8 | 1,0 |
| Н.С. | 30.09.2002 | 0 | 28.01.2020 | 17 | пониженный показатель | 21 | 3,8 | 3,5 | 0,8 | 3,6 | 4,4 | 2,3 | 2,0 | 4,7 | 3,1 | 1,3 |
| Б.Л. | 17.08.2003 | 0 | 28.01.2020 | 16 | низкий показатель | 8 | 1,5 | 2,7 | 2,2 | 2,7 | 0,4 | 3,5 | 0,0 | 3,3 | 2,0 | 1,3 |
| Г.М. | 03.07.2003 | 0 | 28.01.2020 | 16 | низкий показатель | 4 | 1,7 | 1,2 | 2,4 | 3,0 | 2,4 | 2,8 | 2,3 | 4,7 | 2,6 | 1,0 |
| П.М. | 20.03.2003 | 0 | 28.01.2020 | 16 | низкий показатель | 0 | 2,0 | 2,3 | 2,0 | 2,4 | 0,0 | 0,8 | 0,0 | 4,0 | 1,7 | 1,4 |
| П.А. | 13.09.2002 | 0 | 28.01.2020 | 17 | низкий показатель | 2 | 0,3 | 2,2 | 2,4 | 1,3 | 3,0 | 0,5 | 0,7 | 4,3 | 1,8 | 1,4 |
| В.К. | 20.04.2003 | 0 | 28.01.2020 | 16 | низкий показатель | 0 | 3,3 | 2,5 | 2,8 | 3,6 | 3,0 | 3,3 | 2,3 | 4,0 | 3,1 | 0,6 |
| Б.Е. | 16.05.2002 | 1 | 28.11.2019 | 17 | пониженный показатель | 25 | 2,0 | 2,7 | 2,8 | 3,4 | 2,6 | 2,8 | 4,0 | 2,0 | 2,8 | 0,7 |
| К.М. | 29.01.2003 | 1 | 28.01.2020 | 16 | пониженный показатель | 14 | 2,0 | 2,2 | 1,4 | 3,9 | 4,0 | 3,8 | 4,0 | 2,0 | 2,9 | 1,1 |
| К.В. | 19.07.2002 | 1 | 28.11.2019 | 17 | низкий показатель | 12 | 3,5 | 4,2 | 2,2 | 3,0 | 4,4 | 3,3 | 1,7 | 4,3 | 3,3 | 1,0 |
| Ш.А. | 15.03.2003 | 1 | 28.11.2019 | 16 | низкий показатель | 11 | 2,8 | 2,2 | 2,8 | 2,7 | 3,0 | 3,0 | 2,3 | 1,7 | 2,6 | 0,5 |
| В.Н. | 22.06.2003 | 1 | 28.01.2020 | 16 | низкий показатель | 9 | 1,7 | 3,5 | 4,0 | 2,7 | 0,6 | 1,5 | 0,0 | 3,7 | 2,2 | 1,5 |
| К.А. | 15.11.2003 | 1 | 28.01.2020 | 16 | низкий показатель | 8 | 4,5 | 3,7 | 3,4 | 4,4 | 3,6 | 4,8 | 1,7 | 4,3 | 3,8 | 1,0 |
| Щ.Л. | 08.07.2002 | 1 | 28.11.2019 | 17 | низкий показатель | 7 | 3,5 | 4,2 | 2,2 | 3,0 | 4,4 | 3,3 | 1,7 | 1,7 | 3,0 | 1,1 |
| Е.А. | 28.02.2003 | 1 | 28.11.2019 | 16 | низкий показатель | 6 | 3,5 | 2,7 | 2,2 | 2,4 | 3,0 | 3,3 | 4,0 | 2,0 | 2,9 | 0,7 |
| Г.А. | 22.10.2002 | 1 | 28.11.2019 | 17 | низкий показатель | 6 | 3,5 | 2,7 | 3,2 | 2,1 | 2,0 | 2,5 | 1,3 | 3,0 | 2,5 | 0,7 |
| С.Д. | 22.05.2002 | 1 | 28.01.2020 | 17 | низкий показатель | 6 | 2,5 | 1,8 | 3,4 | 3,6 | 3,0 | 3,0 | 3,0 | 3,0 | 2,9 | 0,5 |
| С.А. | 09.03.2003 | 1 | 28.11.2019 | 16 | низкий показатель | 5 | 3,3 | 3,2 | 3,4 | 2,4 | 2,2 | 2,5 | 1,7 | 2,3 | 2,6 | 0,6 |
| Я.А. | 12.05.2002 | 1 | 28.11.2019 | 17 | низкий показатель | 5 | 2,5 | 2,7 | 3,4 | 2,3 | 2,2 | 2,5 | 1,7 | 2,3 | 2,4 | 0,5 |
| Г.Б. | 05.04.2003 | 1 | 28.01.2020 | 16 | низкий показатель | 5 | 3,3 | 3,2 | 3,2 | 4,3 | 3,6 | 5,0 | 3,0 | 5,0 | 3,8 | 0,8 |
| Г.М. | 03.07.2003 | 1 | 28.01.2020 | 16 | низкий показатель | 4 | 1,7 | 1,2 | 2,4 | 3,0 | 2,4 | 2,8 | 2,3 | 4,7 | 2,5 | 1,0 |
| Д.В. | 08.07.2003 | 1 | 28.11.2019 | 16 | низкий показатель | 3 | 3,3 | 2,7 | 3,4 | 2,4 | 2,2 | 2,5 | 1,7 | 2,3 | 2,6 | 0,6 |
| Н.А. | 12.02.2003 | 1 | 28.11.2019 | 16 | низкий показатель | 3 | 0,0 | 0,0 | 2,6 | 2,6 | 0,4 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,7 | 1,2 |
| В.М. | 21.06.2002 | 1 | 28.11.2019 | 17 | низкий показатель | 3 | 0,0 | 0,0 | 3,0 | 1,3 | 2,6 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,9 | 1,3 |
| С.Ф. | 27.05.2003 | 1 | 28.01.2020 | 16 | низкий показатель | 3 | 3,0 | 3,3 | 3,6 | 3,9 | 3,2 | 3,8 | 2,0 | 4,7 | 3,4 | 0,8 |
| Б.В. | 08.11.2002 | 1 | 28.01.2020 | 17 | низкий показатель | 3 | 4,3 | 1,3 | 3,2 | 3,4 | 2,6 | 3,3 | 2,7 | 5,0 | 3,2 | 1,1 |
| П.Д. | 25.06.2003 | 1 | 28.01.2020 | 16 | низкий показатель | 2 | 3,8 | 5,0 | 3,6 | 4,9 | 4,6 | 4,5 | 3,3 | 4,0 | 4,2 | 0,6 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|------------|---|------------|----|-----------------------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Л.А. | 16.02.2003 | 1 | 28.11.2019 | 16 | низкий показатель | 1 | 3,5 | 2,8 | 2,4 | 3,9 | 3,0 | 2,8 | 1,0 | 4,7 | 3,0 | 1,1 |
| С.А. | 13.12.2002 | 1 | 28.01.2020 | 17 | низкий показатель | 0 | 2,0 | 2,5 | 3,0 | 2,7 | 2,2 | 0,3 | 0,0 | 3,3 | 2,0 | 1,2 |
| М.Д. | 07.10.2001 | 1 | 28.01.2020 | 18 | низкий показатель | 0 | 1,5 | 1,7 | 2,4 | 4,3 | 2,8 | 3,3 | 1,3 | 5,0 | 2,8 | 1,3 |
| Г.Б. | 15.06.2003 | 1 | 28.01.2020 | 16 | низкий показатель | 5 | 3,3 | 3,2 | 3,2 | 4,3 | 3,6 | 5,0 | 3,0 | 5,0 | 3,8 | 0,8 |
| К.М. | 29.01.2003 | 1 | 28.01.2020 | 16 | пониженный показатель | 16 | 2,0 | 2,2 | 1,4 | 3,9 | 4,0 | 3,8 | 4,0 | 2,0 | 2,9 | 1,1 |
| С.Ф. | 27.05.2003 | 1 | 28.01.2020 | 16 | низкий показатель | 3 | 3,0 | 3,3 | 3,6 | 3,9 | 3,2 | 3,8 | 2,0 | 4,7 | 3,4 | 0,8 |
| С.А. | 13.12.2002 | 1 | 28.01.2020 | 17 | низкий показатель | 0 | 2,0 | 2,5 | 3,0 | 2,7 | 2,2 | 0,3 | 0,0 | 3,3 | 2,0 | 1,2 |
| М.Т. | 07.10.2001 | 1 | 28.01.2020 | 18 | низкий показатель | 0 | 1,5 | 1,7 | 2,4 | 4,3 | 2,8 | 3,3 | 1,3 | 5,0 | 2,8 | 1,3 |
| Б.В. | 18.11.2002 | 1 | 28.01.2020 | 17 | низкий показатель | 3 | 4,3 | 1,3 | 3,2 | 3,4 | 2,6 | 3,3 | 2,7 | 5,0 | 3,2 | 1,1 |
| В.Н. | 22.06.2003 | 1 | 28.01.2020 | 16 | низкий показатель | 9 | 1,9 | 3,5 | 4,0 | 2,7 | 0,6 | 1,5 | 0,0 | 3,7 | 2,2 | 1,5 |
| С.Н. | 22.05.2002 | 1 | 28.01.2020 | 17 | низкий показатель | 6 | 2,5 | 1,8 | 3,4 | 3,6 | 3,0 | 3,0 | 3,0 | 3,0 | 2,9 | 0,5 |
| А.В. | 15.11.2003 | 1 | 28.01.2020 | 16 | низкий показатель | 8 | 4,5 | 3,7 | 3,4 | 4,4 | 3,6 | 4,8 | 1,7 | 4,3 | 3,8 | 1,0 |
| П.О. | 15.06.2003 | 1 | 28.01.2020 | 16 | низкий показатель | 2 | 3,8 | 5,0 | 3,6 | 4,9 | 4,6 | 4,5 | 3,3 | 4,0 | 4,2 | 0,6 |
| М. А. | 23.07.2003 | 1 | 28.01.2020 | 16 | низкий показатель | 3 | 1,2 | 1,2 | 2,4 | 3,0 | 2,4 | 2,8 | 2,3 | 4,7 | 2,5 | 1,1 |
| К.М | 21.06.2003 | 1 | 28.01.2020 | 16 | низкий показатель | 0 | 2,0 | 2,3 | 2,0 | 2,4 | 0,0 | 0,8 | 0,0 | 4,0 | 1,7 | 1,4 |
| С.А | 03.08.2002 | 1 | 28.01.2020 | 17 | низкий показатель | 2 | 0,3 | 2,2 | 2,4 | 1,3 | 3,0 | 0,5 | 0,7 | 4,3 | 1,8 | 1,4 |
| В.К | 22.04.2003 | 1 | 28.01.2020 | 16 | низкий показатель | 0 | 3,3 | 2,5 | 2,8 | 3,6 | 3,0 | 3,3 | 2,3 | 4,0 | 3,1 | 0,6 |
| Т.М | 26.08.2002 | 1 | 28.11.2019 | 17 | пониженный показатель | 15 | 2,0 | 2,7 | 2,8 | 3,4 | 2,6 | 2,8 | 4,0 | 2,0 | 2,8 | 0,7 |
| З.А | 09.01.2003 | 1 | 28.01.2020 | 17 | пониженный показатель | 11 | 2,0 | 2,2 | 1,4 | 3,8 | 4,0 | 3,8 | 4,0 | 2,0 | 2,9 | 1,1 |
| К.А | 29.07.2002 | 1 | 28.11.2019 | 17 | низкий показатель | 13 | 3,5 | 4,2 | 2,2 | 3,0 | 4,4 | 3,3 | 1,7 | 4,3 | 3,3 | 1,0 |
| Ш.А | 15.04.2003 | 1 | 28.11.2019 | 16 | низкий показатель | 10 | 2,8 | 2,2 | 2,8 | 2,7 | 3,0 | 3,0 | 2,3 | 1,7 | 2,6 | 0,5 |
| В.Н | 12.06.2003 | 1 | 28.01.2020 | 16 | низкий показатель | 9 | 1,1 | 3,5 | 4,0 | 2,7 | 0,6 | 1,5 | 0,0 | 3,7 | 2,1 | 1,5 |
| А.В. | 15.01.2003 | 1 | 28.01.2020 | 17 | низкий показатель | 7 | 4,5 | 3,7 | 3,4 | 4,4 | 3,6 | 4,8 | 1,7 | 4,3 | 3,8 | 1,0 |
| Щ.А | 28.07.2002 | 1 | 28.11.2019 | 17 | низкий показатель | 7 | 3,5 | 4,2 | 2,2 | 3,0 | 4,4 | 3,3 | 1,7 | 1,7 | 3,0 | 1,1 |
| А.Н. | 18.02.2003 | 1 | 28.11.2019 | 16 | низкий показатель | 8 | 3,5 | 2,7 | 2,2 | 2,4 | 3,0 | 3,3 | 4,0 | 2,0 | 2,9 | 0,7 |
| Г.А | 12.10.2002 | 1 | 28.11.2019 | 17 | низкий показатель | 6 | 3,5 | 3,0 | 3,2 | 2,1 | 2,0 | 2,5 | 2,3 | 3,0 | 2,7 | 0,5 |
| С.Д. | 27.05.2002 | 1 | 28.01.2020 | 17 | низкий показатель | 7 | 2,5 | 1,8 | 3,4 | 3,6 | 3,0 | 3,0 | 4,0 | 3,0 | 3,0 | 0,7 |
| С.А | 19.03.2003 | 1 | 28.11.2019 | 16 | низкий показатель | 5 | 3,3 | 3,2 | 3,4 | 2,4 | 2,2 | 2,5 | 1,7 | 2,3 | 2,6 | 0,6 |
| Я.А. | 19.04.2002 | 1 | 28.11.2019 | 17 | низкий показатель | 4 | 2,5 | 2,7 | 3,4 | 2,3 | 2,2 | 2,5 | 1,7 | 2,3 | 2,4 | 0,5 |
| Г.Б | 11.08.2003 | 1 | 28.01.2020 | 16 | низкий показатель | 5 | 3,3 | 3,2 | 3,1 | 4,3 | 3,5 | 5,0 | 3,0 | 5,0 | 3,8 | 0,8 |
| М.Ю. | 23.07.2003 | 1 | 28.01.2020 | 16 | низкий показатель | 4 | 2 | 1,2 | 2,4 | 3,0 | 2,4 | 2,8 | 2,3 | 4,7 | 2,5 | 0,0 |

Приложение Г

Таблица критических значений по методике МОИО

| | Среднее значение | Стандартное отклонение | Способность замечать | Отсутствие отвлекаемости | Отсутствие тревожности | Регуляция внимания | Эмоциональная осведомленность | Саморегуляция | Слушание тела | Доверие |
|-------------------------------|------------------|------------------------|----------------------|--------------------------|------------------------|--------------------|-------------------------------|---------------|---------------|--------------|
| Способность замечать | 2,57955 | 1,165951 | | 0,7 | -0,252 | 0,426 | 0,493 | 0,587 | 0,201 | 0,481 |
| Отсутствие отвлекаемости | 2,65152 | 1,056486 | 0,7 | | -0,133 | 0,265 | 0,689 | 0,79 | 0,355 | 0,72 |
| Отсутствие тревожности | 2,70909 | 0,631634 | -0,252 | -0,133 | | -0,485 | -0,473 | -0,177 | 0,165 | -0,097 |
| Регуляция внимания | 2,63636 | 0,615206 | 0,426 | 0,265 | -0,485 | | 0,166 | 0,397 | 0,258 | 0,247 |
| Эмоциональная осведомленность | 2,63636 | 0,977141 | 0,493 | 0,689 | -0,473 | 0,166 | | 0,471 | 0,17 | 0,508 |
| Саморегуляция | 2,46591 | 0,964536 | 0,587 | 0,79 | -0,177 | 0,397 | 0,471 | | 0,577 | 0,671 |
| Слушание тела | 1,71212 | 1,137599 | 0,201 | 0,355 | 0,165 | 0,258 | 0,17 | 0,577 | | 0,218 |
| Доверие | 2,34848 | 1,214887 | 0,481 | 0,72 | -0,097 | 0,247 | 0,508 | 0,671 | 0,218 | |

Приложение Д

Таблица критических значений по методике МОИО и ЕАТ-26

| | Среднее значение | Стандартное отклонение | Способность замечать | Отсутствие отвлекаемости | Отсутствие тревожности | Регуляция внимания | Эмоциональная осведомленность | Саморегуляция | Слушание тела | Доверие | ЕАТ-26 |
|-------------------------------|------------------|------------------------|----------------------|--------------------------|------------------------|--------------------|-------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Способность замечать | 2,568 | 1,176 | 1,000000 | 0,526984 | 0,377047 | 0,473365 | 0,463582 | 0,559291 | 0,313066 | 0,272058 | -0,000888 |
| Отсутствие отвлекаемости | 2,595 | 1,034 | 0,526984 | 1,000000 | 0,296795 | 0,269333 | 0,471803 | 0,503616 | 0,159837 | 0,306152 | 0,250514 |
| Отсутствие тревожности | 5,800 | 3,903 | 0,377047 | 0,296795 | 1,000000 | 0,252990 | 0,052545 | 0,258529 | 0,079074 | 0,033379 | -0,057257 |
| Регуляция внимания | 2,967 | 0,812 | 0,473365 | 0,269333 | 0,252990 | 1,000000 | 0,391068 | 0,662642 | 0,430506 | 0,422326 | -0,076900 |
| Эмоциональная осведомленность | 2,645 | 1,119 | 0,463582 | 0,471803 | 0,052545 | 0,391068 | 1,000000 | 0,481915 | 0,494539 | 0,277975 | 0,124589 |
| Саморегуляция | 2,637 | 1,171 | 0,559291 | 0,503616 | 0,258529 | 0,662642 | 0,481915 | 1,000000 | 0,607624 | 0,412994 | 0,066947 |
| Слушание тела | 1,750 | 1,190 | 0,313066 | 0,159837 | 0,079074 | 0,430506 | 0,494539 | 0,607624 | 1,000000 | 0,135934 | 0,318560 |
| Доверие | 3,108 | 1,351 | 0,272058 | 0,306152 | 0,033379 | 0,422326 | 0,277975 | 0,412994 | 0,135934 | 1,000000 | -0,240634 |
| ЕАТ-26 | 7,850 | 8,282 | -0,000888 | 0,250514 | -0,057257 | -0,076900 | 0,124589 | 0,066947 | 0,318560 | -0,240634 | 1,000000 |

Приложение Ж

Общие данные по методике МОИО (МАІА)

Среднее значение: 21,033273810

Сумма: 841,33095238

Стандартное отклонение: 5,533817890

Дисперсия: 30,623140441

Альфа Кронбаха: ,787217431 Стандартизированная альфа:
,776656006

Средняя межпозиционная корреляция: ,318932392