

По результатам данного анализа были выявлены достоверные различия по шкалам: «медицинские страхи» и «пространственные страхи». Причины возникновения медицинских страхов связаны с болью, которая сама по себе является источником сильных негативных эмоций, а причины возникновения пространственных страхов рассматриваются в качестве естественного сигнала опасности. Вторая гипотеза нашего исследования также подтвердилась.

Гипотеза о том, что детские страхи взаимообусловлены повышенной тревожностью ребёнка, была проверена при помощи корреляционного анализа с использованием непараметрического критерия Спирмена.

Поскольку между разновозрастными группами испытуемых не было выявлено особых различий в проявлении страхов, мы провели корреляционный анализ в целом на всей выборке. В результате получили одну положительную межкорреляционную взаимосвязь на среднем уровне значимости между тревожностью и интегральным показателем «Медицинских страхов». В связи с этим мы решили провести корреляционный анализ и по выборке 4 – 5 лет и по выборке 6 – 7 лет. По группе детей 4 – 5 лет взаимосвязей не обнаружено. А по выборке детей 6 – 7 лет были выявлены три положительные взаимосвязи между «тревожностью» и «медицинскими страхами», «страхами кошмарных снов и сновидений» и «пространственными страхами», причём 2 из них на высоком уровне, а одна на уровне средней значимости.

В результате этого можем сделать вывод, что при повышении тревожности у детей подготовительной к школе группы будет увеличиваться проявление «медицинских страхов» (боязнь уколов, врачей, болезни и боли), причины возникновения данного страха связаны с болью, которая сама по себе является источником сильных негативных эмоций; «страхов кошмарных снов и сновидений», причиной которых может быть чувство страха и ужаса пережитого в прошлом, эмоциональный след, который сохраняется в памяти; и «пространственными страхами» (высоты, воды, замкнутых пространств).

Можно сказать о том, что существует прямо пропорциональная зависимость между этими показателями. И наоборот, поскольку показатель корреляции имеет положительное значение, то взаимосвязь имеет прямопропорциональную зависимость.

Подводя итоги, можем сказать, что гипотезы, сформулированные в нашем исследовании – подтвердились.

А поскольку нами были выявлены определенные специфические страхи у детей разного дошкольного возраста и с разным уровнем тревожности, то необходимо было разработать комплекс коррекционных занятий по профилактике детских страхов. Профилактика состоит, прежде всего, в воспитании таких качеств как оптимизм, уверенность в себе, самостоятельность, которые будут помогать справляться с проявлениями детских страхов.

И.С. Колесникова
РГППУ, г. Екатеринбург

Пищевая зависимость

Проблема пищевой аддикции актуальна, так как в наше время существует мода на стройную фигуру. Глянцевые журналы, интернет, телевидение, а так же СМИ навязывают стандарты красоты, поэтому многие девушки страдают тяжелейшими пищевыми расстройствами, такими как булимия или анорексия.

Социологи считают, что расстройство питания – серьезная и актуальная на сегодняшний день проблема западной цивилизации. Сейчас данная проблема захватывает и жителей России – как женщин, так и мужчин.

Булимия заключается в потребности частого приёма пищи, причина которого может быть не связана с чувством голода. Пищевая зависимость – наиболее социально-приемлемая форма аддикций, однако требует непростых форм коррекции.

Человек способен понимать вред пищевой зависимости, однако не способен самостоятельно прекратить переедание. В середине прошлого века специалистами было доказано, что переедание – это вид токсикологической зависимо-

сти. Поэтому всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) полноправно уравнила наркотическую зависимость и пищевую аддикцию.

Следовательно, механизм формирования у данных аддикций одинаков. В мозге человека присутствуют клетки, которые способны вырабатывать нейропептиды – белки радости: эндорфины и серотонин. Эти вещества отвечают за внутреннюю психологическую сферу индивида. Эмоциональная сфера жизни обусловлена биохимическими процессами, которые протекают в организме человека. Если организм вырабатывает большое количество эндорфинов, человек чувствует себя счастливым и радостным.

Снижение количества «белков радости» в организме ведет к изменению психологического состояния – повышается тревожность, появляется чувство беспокойства, и возникают пессимистические мысли относительно дальнейшей жизни.

Люди находят для себя утешение в еде, чаще в сладком или жирном. Углеводы и жиры способны быстро проникать в кровь и уstraивать в ней самый настоящий гликологический взрыв. Проницаемость клеток мозга при этом увеличивается, выброс серотонина и эндорфинов резко возрастает, поэтому человек становится безмятежным, жизнерадостным и добродушным.

Однако после употребления пищи, в организме происходит распад пептидов, а это ведет к понижению настроения. Если человек думает о своем будущем усиленно и сосредоточенно, процесс распада пептидов происходит довольно активно. Этим обуславливается потребность в любви и радости через непродолжительный срок.

Чувство удовольствия, которое возникает от приема пищи, фиксируется в мозге, запоминается им, и формирует так называемую доминанту – временно господствующий очаг возбуждения в центральной нервной системе. Он создает скрытую готовность организма к определенной деятельности (в данном случае – к поглощению пищи) при одновременном торможении других рефлекторных актов.

Стереотип поведения формируется под влиянием доминанты – человек начинает при-

нимать пищу для изменения своего эмоционального состояния, чтобы вновь почувствовать радость.

В молодом возрасте запас гормонов, сжигающих лишние калории, велик, поэтому обмен веществ осуществляется интенсивно, и последствия пищевой зависимости не проявляют себя. Однако к 25 – 30 годам механизм регуляции значительно слабеет, следовательно, изменяется гормональный баланс, а ткани начинают запасаться жиром.

Пищевая зависимость отличается от любой другой только одним – человеческое существование невозможно без еды. Причины возникновения пищевой зависимости начинают формироваться еще в раннем детстве. Назовем основные из их.

1. Восполнение едой дефицитов любви, признания, внимания к себе.
2. Восполнение едой своей устойчивости перед атаками негативных эмоций и страхов.
3. Приобретение через еду стрессоустойчивости.
4. Получение через еду утешения и поддержки.
5. Укоренение веры в то, что еда – основной и самый безопасный источник удовольствия [1, 2].

Переедание и голодание относятся к группе промежуточных аддикций. В литературе встречаются объяснения пищевых аддикций, к которым относятся нервная булимия и нервная анорексия. Некоторые авторы полагают, что к пищевым аддикциям склонны больше женщины, чем мужчины, однако расстройства пищевого поведения иногда встречаются и у последних.

Аддикция к еде развивается тогда, когда еда используется в виде аддиктивного агента, применяя который человек уходит от реальности.

Во время фрустрации возникает стремление «заесть» неприятность. Это происходит, потому что фиксируются вкусовые ощущения, а неприятные переживания, плохое настроение и отрицательные эмоции вытесняются.

Существует гипотеза, что пища обладает аддиктивным потенциалом, если в ней содержится повышенное содержание карбонгидрата.

Он содержится чаще в высококалорийных продуктах (чипсы, гамбургеры, снеки). Он усиливает выработку серотонина в мозгу, поэтому эмоциональное состояние изменяется в лучшую сторону. Таким образом, можно сделать вывод, что переедание в основном сводится к «самолечению» пониженного настроения с помощью карбонгидрата.

Диета, в которой отсутствует триптофан (аминокислота, из которой в мозге производится серотонин), часто приводит к снижению настроения, но этот эффект весьма пролонгирован. Поэтому эмоциональный эффект карбонгидрата как химической субстанции, возникающий сразу после приема пищи, представляется достаточно сомнительным.

Чем больше еда приобретает аддиктивный потенциал, тем больше происходит искусственное стимулирование чувства голода. Переедающий человек входит в зону повышенного обменного баланса. Чувство голода проявляется сразу вместе с падением уровня концентрации глюкозы в крови, что происходит после очередного приема пищи. Физиологические механизмы рассогласовываются. Поэтому человек употребляет пищу в больших количествах и слишком часто. Иногда он начинает стыдиться пищевой зависимости и стремится скрыть факт аддикции, употребляя пищу в одиночку. Чаще это происходит в промежутках между активной деятельностью. Все это приводит к опасным для здоровья последствиям: ожирению, нарушению обмена веществ и потере контроля, в результате чего человек употребляет количество пищи, которое может представлять опасность для жизни [1, 4].

Лечение и коррекция нервной булимии может проходить комплексно. Приоритетным методом является когнитивно-поведенческая психотерапия, то есть обучение пациента умению контролировать свое мышление, поведение и эмоции. У этого метода есть преимущества.

1. Краткосрочность и предельная структурированность, здесь нет необходимости искать причину болезни в раннем детстве больного, как при классическом психоанализе.

2. Пациент учится навыкам самостоятельного совладания с симптомами своего расстройства, используя четкий алгоритм.

3. Когнитивная психотерапия улучшает характер человека (организует, учит добиваться поставленных целей) и в итоге меняет его мировоззрение.

Также применяются психоанализ, гипноз, православно ориентированная психотерапия, аутогенная тренировка и др. методы. Кроме психотерапии существуют такие методы как фармакотерапия – лечение правильно подобранным и эффективным препаратом; биологическая обратная связь; лазерная терапия – путем внутривенного лазерного облучения крови; магнитная терапия – путем действия на нервную систему магнитного поля; светотерапия; массаж и водолечение; реабилитационные программы, а также профилактика рецидивов.

Библиографический список

1. *Минирт Ф.* Наркотик под названием еда. М.: Триада. 2009. 364 с.
2. *Приленская А.В.* Зависимое пищевое поведение: клиника, система тика и пути коррекции // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2008. №2. С.102 – 105.
3. *Семке В.Я.* Способ лечения пищевой аддикции, сопровождающейся ожирением // БИПМ. 2007. №2. С. 48 – 50.
4. *Сэбшин Э.* Психоаналитические исследования аддиктивного поведения: обзор. М.: Класс. 2000. 65 с.

Д.Ю. Курбатова, В.А. Лебедева
РГППУ, г. Екатеринбург

Копинг-стратегии в подростковом возрасте и склонности к модификациям тела

Каких только людей не встретишь на улицах большого города? Пройдись по вечерним улицам Екатеринбурга, как впрочем, и по улицам других городов и заглянув в многочисленные кафе, ночные клубы и бары,ловишь себя на мысли, что действительно очень многое изменилось в нашей жизни. Чаще