

НЕГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ ЧАСТНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«МОСКОВСКИЙ ИНСТИТУТ ПСИХОАНАЛИЗА»

---

Факультет психосоматики и психологии телесности

(ФИО студента)

ТЕМА

СВЯЗЬ ОБРАЗА ТЕЛА И ОЦЕНКИ СВОИХ НЕГАТИВНЫХ  
АФФЕКТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН УСЛОВНОЙ  
ГРУППЫ НОРМЫ

Dist24.ru

Выпускная квалификационная работа - МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

по направлению подготовки 37.04.01 «Психосоматика и психология  
телесности»

студента группы № ПМ1А21 ПиПТ \_\_\_\_\_

Профиль « \_\_\_\_\_ »

Научный руководитель

\_\_\_\_\_

(уч. степень, звание)

\_\_\_\_\_

(ФИО)

Москва 2023

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ.....</b>	<b>3</b>
<b>ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗУЧЕНИЯ ФЕНОМЕНА ОБРАЗА ТЕЛА В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ ПСИХОЛОГИИ.....</b>	<b>7</b>
1.1. Образ тела как предмет психологии.....	7
1.2. Основные психологические подходы к исследованию негативных аффективных состояний.....	19
1.3. Исследование связи образа тела с негативными аффективными состояниями.....	27
<b>Выводы по теоретическому исследованию.....</b>	<b>41</b>
<b>ГЛАВА II. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СВЯЗИ ОБРАЗА ТЕЛА С НЕГАТИВНЫМИ АФФЕКТИВНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН УСЛОВНОЙ ГРУППЫ НОРМЫ.....</b>	<b>43</b>
2.1. Описание выборки и этапы исследования.....	43
2.2. Организация и методики исследования.....	46
2.3. Результаты исследования.....	49
<b>Выводы по эмпирическому исследованию.....</b>	<b>82</b>
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....</b>	<b>84</b>
<b>СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....</b>	<b>86</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ.....</b>	<b>94</b>

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность исследования.** Современные условия предъявляют повышенные требования к личности, в том числе и к внешнему облику, приводящие к искаженному образу телесного Я и обеспокоенности внешним обликом. На этом фоне возникает множество эмоциональных расстройств личности. Неудовлетворенность телом связана с эмоциональным дистрессом и депрессией, как отмечают в своём исследовании Muehlenkamp J. и Brausch A. [84]. Таким образом, недовольство своим образом тела может выступать причиной аффективных расстройств личности.

Между тем, по данным ВОЗ, в настоящее время более, чем у 110 млн. человек в мире, — 3-6% популяции — выявлены те или иные клинически значимые аффективные расстройства. Согласно докладу международной компании по сбору и анализу статистики Statista, Россия заняла четвертое место в мире по уровню депрессии и тревожности. По исследованию аналитического департамента агентства КРОС, суммарный медиа индекс тревожности в России в 2022 году вырос более, чем в два раза, по сравнению с 2021 годом. Таким образом, отмечается проблема роста аффективных расстройств в обществе.

В исследовательском плане необходимость обращения к данному вопросу обуславливается отсутствием в науке устоявшейся системы взглядов на понимание закономерностей и механизмов формирования образа тела, в частности роли негативных аффективных состояний, таких как депрессия и тревога.

**Современное состояние проблемы.** Научные основы изучения образа тела были заложены в исследованиях А.А. Бодалева, И.С. Кона, Е.Т.Соколовой, А.Г. Спиркина, В.В. Столина, Н.И. Чесноковой, которые впервые показали место и роль образа телесного Я в развитии личности [12,31, 56, 58, 59, 72]

В настоящее время изучением телесности человека занимается

отдельная дисциплина – психология телесности, получившая свое развитие в работах А.Ш. Тхостова, В.В. Николаевой, С. П. Елшанского [23] и др., предметом которой стал психический образ тела [64, 42].

Конкретные современные исследования образа тела в психологии представлены различными направлениями, в которых раскрыты возрастные и социальные факторы самовосприятия тела (В.Н.Куницына; Е.С.Язвинская; А.Г.Фаустова) [33, 74, 66]; клинические аспекты нарушения образа тела (Я. Кирей-Ситникова; А.Н. Дорожевец; Е.Т. Соколова; В.В. Николаева) [27, 21, 56, 42].

Между тем, связи бессознательного образа тела и проявления негативных аффективных состояний у мужчин и женщин исследовано не было, что составило проблематику нашего исследования. Особое значение данная проблема приобретает в связи с задачами профилактики нарушения здоровья.

**Объект исследования:** связь образа тела и аффективных состояний.

**Предмет исследования:** связь бессознательного образа тела и оценки своих негативных аффективных состояний у мужчин и женщин условной группы нормы.

**Цель работы:** исследовать связь бессознательного образа тела и оценки негативных аффективных состояний у мужчин и женщин условной группы нормы.

**Задачи исследования:**

1. Теоретический анализ психологических исследований образа тела и его связь с негативными аффективными состояниями.
2. Эмпирическое исследование взаимосвязи бессознательного образа тела и оценки своих негативных аффективных состояний при сравнении мужчин и женщин условной группы нормы.

**Гипотезы исследования. Основная:** существует связь бессознательного образа тела с оценкой своих негативных аффективных состояний у лиц условной группы нормы.

**Частная:** у мужчин и женщин существуют связи между отдельными измерениями частей тела и отдельными тревожными и депрессивными симптомами.

**Теоретико-методологической основой исследования** выступают телесно-ориентированный подход в изучении психологии и психотерапии (В.Райх, А.Лоуэн), подход к соматическому обучению (М.Фельденкрайз), культурно-исторический подход к психологии телесности (А. Ш. Тхостов, Г.А. Арина, С. П. Елшанский, В. В. Николаева), когнитивно-поведенческий подход к негативным аффективным состояниям (Бек).

**Методы исследования:**

Теоретические: анализ отечественных и зарубежных источников по теме исследования.

Эмпирические методы исследования: психодиагностический метод, методы математической статистики (корреляция Спирмена, критерий Манна-Уитни).

**Методики:**

- шкала тревоги А. Бека;
- шкала депрессии А. Бека;
- анкета;
- метод оценки бессознательного образа тела по М. Фельденкрайзу.

**Характеристика выборки:** в исследовании приняли участие мужчин и женщины в количестве 54 человек, из них 31 женщина и 23 мужчины. Возраст мужчин и женщин – от 17 до 60 лет.

**Эмпирическая база исследования:** исследования осуществляются в интернет -пространстве, посредством Google-форм.

**Практическая значимость.** Материал исследования может быть применен в практике психологов при работе с личностями с неприятием своего образа тела.

**Научная новизна.** Эмпирически выявлена связь негативных аффективных состояний и бессознательного образа тела у мужчин и женщин

условной группы нормы.

**Теоретическая значимость.** Осуществляется вклад в развитие следующих проблем в психологии: психосоматическая проблема, проблема бессознательного и неосознаваемых компонентов восприятия, проблемы аффекта и интеллекта, проблема межполовых различий.

В искомой работе происходит пересечение клинической психологии, психосоматики, психологии межполовых различий, когнитивной психологии, телесно-ориентированного направления психотерапии.

**Структура и объем работы.** Работа состоит из введения, двух глав, выводов, заключения и приложений; выполнена на 93 листах, список литературы содержит 84 источника.

**Dist24.ru**

**ТГ: @student\_help24\_bot**

**Учебные работы под ключ!**

# ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗУЧЕНИЯ ФЕНОМЕНА ОБРАЗА ТЕЛА В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ ПСИХОЛОГИИ

## 1.1 Образ тела как предмет психологии

Исследование телесности в психологии осуществляется путем объединения психических и физиологических аспектов в одно целостное понятие.

Однако психология телесности до сих пор остается недостаточно разработанной областью в рамках психологической науки, поскольку научные исследования касаются лишь отдельных аспектов этой проблемы. Современные исследования телесности охватывают широкий спектр вопросов, включая границы между человеческим телом и телесностью, взаимосвязь внешних и внутренних аспектов телесности, а также вопросы о свободе и детерминированности физической организации человека в различных культурах. Социокультурные аспекты телесности соприкасаются с символикой и семиотикой тела, которые рассматриваются как особый «язык тела» [34].

Изучение телесности представлено в работах таких исследователей, как М. М. Бахтин [6], А.Ш. Тхостов [64], В.В. Николаева [42], С.П. Елчанский [23] и других.

По мнению А.Ш. Тхостова, психология не рассматривает тело как отдельную область исследования, а выделяет как минимум два аспекта, которые невозможно игнорировать: телесное (интрацептивное) восприятие и сознательное управление телом и его функциями.

В телесно-ориентированной терапии под телесностью понимают не только собственно тело, но и его временное измерение: прошлое, настоящее, будущее и пространство вокруг тела, включая разные явления сознания – традиции, желания, потребности.

М. М. Бахтин [6] исследует феноменологию телесности и выделяет два

аспекта этого явления. Первый аспект - это внутреннее тело, ощущаемое и переживаемое изнутри. Второй аспект - внешнее тело, связанное с непосредственной красотой человеческого тела.

В. В. Николаева сравнивает понятие телесности с культурно-детерминированным и психологически опосредованным явлением, которое стало прочно закреплено в медицине в контексте психосоматических проблем. Автор отмечает следующие различия:

- в психологии телесности феноменологическое поле охватывает не только психосоматические расстройства, но также нормативные феномены, их изменения в различных возрастных периодах и психологические механизмы развития телесности.

- в психологии телесности, подобно всей психологической науке, понятие «развитие» становится одним из центральных. В данном контексте оно может быть обозначено как «психосоматическое развитие».

- в психологии телесности активная роль субъекта в преобразовании и развитии телесных явлений не только заявляется, но и раскрывается в новом контексте.

- в психологии телесности понятия «психосоматический симптом и синдром» и «психосоматическое единство» получают новое содержание и интерпретацию.

Телесность представляет собой сложную структуру, состоящую из множества видимых и невидимых элементов. Каждый человек обладает уникальной физической природой, которая неразрывно связана с его материальным и реальным телом. Через наше тело мы существуем и взаимодействуем с окружающим миром. Мы выражаем свой личный опыт и чувства через различные проявления тела, такие как речь, движение, жесты и мимика. Это позволяет нам общаться и воздействовать не только на внешние стимулы, но и на наши внутренние мысли и переживания. Телесность непосредственно связана с нашим личным опытом, который происходит в

уникальный и неповторимый момент. Она представляет собой связь между душой, телом, жизненным опытом, окружением, обстоятельствами и чувствами. Человеческая телесность проявляется в субъективном и душевном теле, в конкретном моменте времени и пространства [17].

Феномен телесности раскрывает принадлежность к различным уровням субъекта бытия. В качестве телесной схемы он относится к уровню жизнедеятельности. В виде образов и концептов тела он связан с телесно-чувственным и разумно-волевым бытием. А в качестве телесного Я он относится к экзистенциально-индивидуальному бытию.

Психология телесности тесно связана с понятием образа тела. Однако определение термина «образ» является сложным и неоднозначным. С одной стороны, образ может быть рассматриваем как то, какую функцию он выполняет. С другой стороны, образ может быть воспринимаем и как абстрактное понятие. Это образы, которые формируются в наших мыслях под влиянием визуального, языкового и жизненного опыта. Иными словами, это мысленные образы, которые формируют наше собственное видение мира. Мы придаём вещам и явлениям вокруг нас определённые переживания, формируя образы в своём уме. Когда автор создаёт произведение, он вкладывает своё видение мира в него. В художественном творчестве эти образы через телесность и тело преобразуются в реальные визуально существующие образы.

Образ не является простым визуальным отражением объектов окружающего мира. Он представляет собой смысловое представление об определённом объекте, которое формируется на основе личного опыта и культуры. Исследование образа тела не было последовательным, хотя оно может быть связано с исследованиями формы тела или тревогой, связанной с внешним видом.

Интерес к изучению образа тела возник более 100 лет назад. Первые исследования, проведённые в начале XX века, были связаны с неврологическими наблюдениями последствий черепно-мозговых травм,

которые сопровождались искажением восприятия тела, а также феноменом «фантомной конечности» у пациентов с ампутацией.

Исследование схемы тела и образа тела имело свое развитие в истории. Начальные этапы такого изучения связаны с медициной. В 1893 году Р.Боньер предложил термин «схема тела», описывая ее как гибкую модель собственного тела, формируемую индивидуально на основе соматических ощущений. В период с 1935 по 1990 год сфера исследования схемы тела сместилась из невропатологии в биопсихологию, став синонимом понятия «образ тела». П. Шильдер в 1935 году уравнивал схему тела с образом тела, описывая ее как внутреннее представление о своем теле. Б. Г. Ананьев в 1964 году определил схему тела как комплексное восприятие собственного тела, а А. А. Началджян в 1988 году считал, что схема тела является телесным Я-образом личности и служит основой для развития Я-концепции. С этого времени понятие схемы тела стало включаться в психологическое знание, и оба термина - схема тела и образ тела - стали использоваться как синонимы. С 1990 года и до настоящего времени исследования схемы тела рассматриваются с точки зрения психологии и ее направлений [37].

Итак, П. Шильдер ввел понятие «образ тела», определив его как субъективное переживание человеком своего тела. Это относится к психическому пространственному представлению, которое, по его мнению, формируется взаимодействием с другими людьми. Образ тела является своего рода системой представлений о физической стороне собственной личности, о собственном теле, и может быть рассмотрен как телесно-психологическая «карта». Важно отметить, что образ тела не является статичным и фиксированным, а наоборот, он динамичен и субъективен, так как формируется самим человеком в процессе активной деятельности [49, 1].

В настоящее время концепция «образ тела» рассматривается как комплексный конструкт, состоящий из четырех основных компонентов. Первый компонент - перцептивный, относится к тому, как человек воспринимает свое тело. Вторым компонентом - аффективным, отражает чувства

и эмоции, которые человек испытывает в отношении своего тела. Когнитивный компонент связан с мыслями, оценками и выводами, которые человек делает о своем теле. И, наконец, поведенческий компонент относится к действиям и поведению, которые человек проявляет в связи с особенностями своего тела [60].

Е. Т. Соколова предложила три основных подхода к исследованию образа тела [56]. Первый подход даёт возможность рассматривать образ тела как отражение нейронных систем, где определенные структуры в головном мозге отвечают за восприятие тела, как указал В. М. Бехтерев [8]. В этом подходе образ тела считается синонимом понятия схемы тела, которая регулирует и контролирует положение тела в пространстве, а также корректирует и управляет движениями.

Второй подход определяет образ тела как результат отражения индивидуальной и субъективной картины своего тела. В этом контексте Д. Беннет выделяет понятие «концепция тела», которая отражает набор характеристик, указываемых человеком при описании своего собственного тела [67].

В третьем подходе образ тела представляет собой объединение восприятия, установок, оценок и представлений, связанных с функциями тела и внешностью (В.В. Столин [59]), И.И. Чеснокова [72], И.С. Кон [31] и др.).

И.С. Кон отмечает взаимосвязь «физического Я» и «социального Я». Он рассматривает тело не только как природную анатомо-физиологическую особенность, но и как сложную и изменчивую социальную «конструкцию». Тело является гендерно-специфичным, и восприятие тела и способы его социального представления зависят от культурного канона, который определяет запреты, нормы стыдливости и тому подобное [31].

От того, как человек представляет свою соматическую организацию, зависит не только внешнее поведение, но и отношение к своей внешности и к своей личности в целом [21].

Структурированную информацию об образе тела, как подструктуре Я-

концепции даёт А.А. Началджян. Телесное Я включает субъективное восприятие тела, в том числе внешности, и идеальный образ тела [40].

Существуют три подхода к восприятию внешних форм тела в контексте образа телесного Я. Первый подход рассматривает тело как носитель личностных и социальных значений, исследуя эмоциональное отношение личности к своей внешности. Второй подход рассматривает тело как объект с определенной формой, где основное внимание уделяется когнитивной составляющей его восприятия. Третий подход рассматривает тело и его функции как носители определенного символического значения [43].

К «образу тела» относят:

1. Внешность представляет собой комбинацию анатомических, функциональных и социальных признаков, которые можно воспринять на конкретно-чувственном уровне. Важную роль в общей совокупности признаков, отличающих мужчин от женщин и наоборот, играют фенотип и морфология - анатомическое строение и физический облик, которые можно назвать «внешними признаками пола». А. А. Бодалёв включает в понятие внешности такие компоненты, как физический облик, функциональные признаки и «оформление» внешнего облика [12].

2. Физический облик включает тип сложения, половые, возрастные и расовые особенности. Тип сложения человека определяется его конституцией. Важной составляющей физического облика является также лицо человека (В. Н. Панферов [44], К. Д. Шафранская [73]).

3. Функциональные признаки внешнего облика, отражающие экспрессию и выразительность, относятся к мимике, жестам, осанке, голосу, интонации, речи, походке, позам, взгляду, улыбке, сужению глаз, характеру движений рук, губ, бровей (А.А. Бодалёв, А.Г. Спиркин, К.Д. Шафранская) [12, 58, 73].

4. В терминологии А. А. Бодалёва [12], а также В. Н. Куницыной, Н. В. Казариновой и В. М. Погольша [33], внешний облик включает в себя понятие «оформления», используемое для определения понятия «кинетика». Оно

охватывает такие элементы, как одежда, прическа, украшения и другие. Например, В.Н. Панферов подчеркивает важность выражения и эстетической привлекательности, особенно лица, и придает большое значение не только самим волосам, но и их стилю, то есть прическе, которая уже не относится к физическому облику, а относится к его оформлению [44].

Согласно М. З. Воробьеву [16], Л. П. Киященко [28] и Е.Т. Соколовой [56], понятие "образ тела" представляет собой психическое образование, которое включает в себя различные явления сознания, такие как традиции, предрассудки, планы, желания, потребности и другие. Они отмечают взаимосвязь между культурой тела и культурой мысли, которые в единстве образуют целостность. Психическая составляющая является доминантой по отношению к соматической и опосредована культурой социума.

Томпсон и соавторы описывают шестнадцать определений, которые указывают на индивидуальный образ тела, включая удовлетворенность весом, удовлетворенность телом и точность восприятия размеров [26]. Хотя внешний вид и удовлетворенность обычно не зависят от пола, низкая удовлетворенность внешним видом чаще встречается среди женщин и, главным образом, связана с проблемами фигуры.

S. Fisher определил 9 областей образа тела, которые включают восприятие и оценку индивидом внешнего облика своего тела, точность восприятия телесных ощущений и размеров своего тела, способность судить о пространственном положении своего тела, ощущение границ тела и их защитные свойства, влияние психопатологии или повреждений головного мозга на телесные ощущения и переживания, реакции на травмы, потерю частей тела, хирургические вмешательства, а также отношение к процедурам, направленным на изменение внешности, и установки, соответствующие сексуальной идентичности своего тела [66].

Мойше Фельденкрайз, основатель системы функциональной реабилитации и телесного сознавания, активно работал с образом тела Я. Он начал свою деятельность во время Второй мировой войны в Англии, работая

в госпиталях, а затем переехал в Израиль. Его система сейчас широко распространена и относится к телесно-ориентированной психотерапии. Она популярна во многих странах, включая Австрию, Англию, Германию, Израиль, Россию, США и другие. В рамках образа тела выделяются бессознательная и сознательная составляющие [М. Фельденкрайз, 68].

Сознательное восприятие своего тела более соответствует реальности, особенно у психически сохраненного человека. Одним из признаков патологии является нарушение способности адекватно воспринимать реальность.

Бессознательный образ тела отображает структуру характера (её также можно называть «психотипом»). Согласно М. Фельденкрайзу, человек живёт и действует в соответствии с образом Я, то есть строит свою жизнь и проявляется в мире, исходя из представлений о себе.

Образ тела является базой самосознания, объединяющей различные значимые личностные характеристики, и выступает в роли индикатора психического здоровья человека. Подобно тому, как тело является основой для психики, представления человека о своем теле служат фундаментом для психологических представлений о себе. В онтогенезе сначала формируется схема тела, представляющая собой восприятие положения и контроля тела в пространстве. Затем она развивается в образ тела - внешний вид и характеристики тела [55].

В работе П. Бернштейн [9] было выделено шесть этапов развития образа тела. Эти этапы включают наделение тела позитивным аффектом, формирование границ между телом и окружающей средой, осознание различных частей тела и их взаимосвязей, координация движений тела в пространстве, формирование половой идентичности и осознание процесса старения.

Процесс наделения тела позитивным аффектом связан с развитием телесного катексиса и проявляется в базовой заботе о собственном теле, как, например, обеспечение его питанием и отдыхом. Этот этап начинается в

раннем детстве. В младенческом возрасте ощущение телесного удовольствия формируется под влиянием родительского отношения к телу ребенка, которое малыш воспринимает на уровне физических ощущений. В это время ещё не происходит разграничения между внутренними и внешними переживаниями, а также между переживанием себя и другого.

Дифференциация собственного тела от окружающего мира связана с развитием границ и ощущением телесного пространства. Эти задачи параллельны начальным этапам сепарации-индивидуации, когда ребенок начинает отличать себя от других людей.

Осознание частей тела и их взаимосвязь представляет собой третий этап развития и является необходимым для дальнейшей способности перемещаться в пространстве. На этом этапе ребенок осознает, что различные части его тела работают вместе и выполняют определенные функции.

Четвёртый этап связан с движением тела в пространстве и является важным для процесса индивидуации. Движение тела позволяет младенцу ощутить, что он может успешно регулировать свои взаимодействия с окружающим миром. Способность останавливать и начинать собственные действия помогает развить и укрепить здоровое чувство контроля и самоуправления.

На пятом этапе элементы половой идентичности включаются в образ тела. Тело приобретает новую ценность на уровне репродукции. Включение элементов половой идентичности в образ тела также влияет на способность человека строить интимные отношения с другими.

И, наконец, последний этап относится к старению и включает переживания, связанные с осознанием смертности, которые влияют на образ тела. Эти переживания включают осознание изменений, происходящих с телом в процессе естественного старения, а также принятие этих процессов и установок на них, например, принятие собственного старения. Задачи последних двух этапов, часто занимающие значительное время в жизни человека, могут различными способами влиять на образ тела, в зависимости

от индивидуальных обстоятельств [62].

А. Адлер выявил тесную связь между образом тела и самооценкой, отмечая, что некоторые формы поведения представляют собой попытку компенсировать реальное или воображаемое ощущение неполноценности тела [2].

Неоспоримую роль внешности в формировании самооценки, особенно в подростковом возрасте, подчеркивал И.С. Кон, который утверждал: «Образующееся у человека представление о собственной соматической организации, осознание им этического и эстетического действия своей наружности постоянно участвует в организации его поведения по отношению к другим людям, на содержание поступков и на отношение к своей личности в целом» [31, с. 93].

Тело, являясь «вместилищем» Я, играет важную роль в самопознании и самооценке человека (Соколова Е.Т., Дорожевец А.Н. [21]). Измерение образа тела становится существенным аспектом в этом контексте.

Моше Фельденкрайз предложил исследовать бессознательную составляющую образа тела, поскольку этот образ является более сложным, чем кажется. Мы осознаем лишь незначительную часть этого образа: сознательные представления о себе. Подобно айсбергу, большую часть образа Я мы скрываем в бессознательном. Это относится ко всем его аспектам: физическому, психологическому, социальному и духовному.

Итак, каждый человек имеет два представления о своем теле: сознательное и бессознательное. Как уже отмечалось, сознательное представление более соответствует реальности и в значительной степени совпадает с ней у психически здорового человека. И нарушение тестирования реальности, является одной из характеристик патологии. Например, при анорексии наблюдается нарушение сознательного образа тела, где больной, несмотря на очевидную недостаточность веса, воспринимает свое тело как полное. В случае более серьезных расстройств могут возникать различные фантазии относительно собственного тела.

В соответствии с исследованиями М. Фельденкрайза, бессознательное представление о собственном теле может отличаться от реальности даже у психически здоровых взрослых людей. Автор утверждает, что среднестатистическое искажение бессознательного образа тела составляет примерно 20-25%. Последующие исследования подтверждают эту цифру и подчеркивают, что наше восприятие собственного тела может быть искажено и отличаться от его реальных характеристик.

Работа с образом тела, по мнению М. Фельденкрайза, имеет несколько преимуществ. Во-первых, тело является объективной реальностью, и у психотерапевта есть возможность сравнить субъективные представления клиента с объективными фактами, используя его тело в качестве точки отсчета. Это предоставляет некий критерий для оценки и коррекции искаженного образа тела. Во-вторых, сфера психологии является более табуированной и менее доступной, поэтому люди не всегда готовы и открыты для исследования своих эмоциональных переживаний и ранних детских воспоминаний. Ввиду сказанного, исследование образа тела может быть более доступным и менее угрожающим способом начать процесс изменения своей жизни.

В рамках данного исследования М. Фельденкрайз предложил принцип диагностирования бессознательного образа тела обозначением размеров своего тела с закрытыми глазами. Исходя из этого принципа, в 2002 году была выстроена методика «Промеры по М.Фельденкрайзу», которая позволяет оценить отклонение бессознательного образа тела от реального. Методика включает измерение 15 параметров ощущаемого тела и реального тела, таких как ширина головы, ширина рта, ширина шеи, ширина плеч, ширина грудной клетки, ширина талии, ширина таза, длина стопы, длина ноги, длина головы, длина шеи, длина торса от линии плеч до талии, длина руки, ширина бедра и длина торса до промежности.

Процедура анализа бессознательного образа тела, предложенная И.А. Соловьёвой, включает перенос полученных данных на бумагу в масштабе

10:1, что приводит к созданию схематического изображения фигуры человека, отражающего этот бессознательный образ. Это визуальное представление фигуры позволяет провести количественный и качественный анализ.

В ходе количественного анализа производится вычисление процента искажения для каждого из параметров, которые затем маркируются, что позволяет выявить проблемные зоны в бессознательном образе тела. Кроме того, определяется среднестатистический показатель искажения бессознательного образа тела в целом. При этом следует учесть, что для полноценного анализа необходимо иметь доступ к параметрам реального тела, а не только бессознательному образу.

Качественный анализ методики заключается в исследовании полученного визуального изображения бессознательного образа тела. Он позволяет обратить внимание на особенности и детали фигуры и выявить визуальные аномалии.

Применение данной методики было описано в статье Е. С. Язвинской «Экспериментальное исследование телесного образа Я как интегральной составляющей телесности», где автор исследует механизмы нарушения в структуре телесного образа Я и его взаимосвязь с другими личностными образованиями и характеристиками [74]. Другой исследователь, Д.А. Комолов, описывает применение модифицированной методики телесных промеров по М. Фельденкрайзу, разработанной И. А. Соловьевой, с целью исследования невербального когнитивного компонента телесной репрезентации у детей с различными группами здоровья [29].

Таким образом, изучение образа тела личности позволяет сделать следующие выводы: телесный облик влияет на самооценку, поведение человека, играет роль в социальной перцепции и социальной адаптации; с возрастом осознание своего образа тела и отношение к нему совершенствуются и становятся более адекватными; существуют различные подходы к изучению образа тела с физиологической и психологической позиций.

## 1.2. Основные психологические подходы к исследованию негативных эмоциональных состояний

Эмоциональные состояния являются сложным комплексом продолжительных субъективных переживаний, основой которых является преобладающая эмоция, обусловленная длительными событиями с положительной или отрицательной окраской, психологическими характеристиками индивида и его потребностями. Эмоциональные состояния могут обозначаться как негативными, так и позитивными.

Негативные эмоциональные состояния сопровождаются переживаниями, которые неблагоприятно влияют на качество жизни и проявляются в особенностях поведения и деятельности ребенка, а также в социальных отношениях. Эти аспекты были исследованы такими учеными, как Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев, С. Л. Рубинштейн, В. Н. Мясищев, А.М.Прихожан, К. Э. Изард и другими. Преобладание негативных эмоциональных состояний вызывает ощущение дискомфорта и неблагополучия, ограничивает инициативу и определяет направление личностного развития [2].

Б. И. Додонов отмечает, что негативные эмоции играют более значимую роль по сравнению с позитивными. Отрицательные эмоции, по его мнению, служат сигналом опасности для организма [22].

П. В. Симонов также разделяет точку зрения Б.И. Додонova и считает, что отрицательные эмоции играют важную роль в переключении внимания человека с недостижимого объекта. Интересно, что если мотивация, связанная с определенным объектом, превышает негативную эмоциональную реакцию за счет предполагаемых позитивных перспектив, то это может привести к преобразованию отрицательного эмоционального переживания в положительное состояние [53].

М. Селигман, создатель теории выученной беспомощности, также подчеркивает, что отрицательные эмоции имеют функцию активации психики

для применения проверенных и наследственно закрепленных адаптивных автоматических действий, способствующих выживанию [54].

Для анализа негативных эмоциональных состояний необходимо дать определение данному феномену и рассмотреть его составляющие. В научной литературе также используется понятие «отрицательные эмоциональные состояния», которое считается синонимом негативных состояний. Несмотря на обширное теоретическое исследование в области эмоций, до сих пор отсутствует единое определение данного термина и единая модель классификации эмоциональных состояний.

Согласно психоаналитическому подходу, аффект представляет собой количественную энергию влечений и не обладает эмоциональной окраской сам по себе. Его эмоциональное измерение возникает лишь при связывании с определенным представлением об эмоции, которую человек испытывает или которую социально предписано испытывать в данной ситуации. Формирование представлений о социально приемлемых эмоциях и их контекстах происходит в глубоком детстве в результате взаимодействия со значимыми взрослыми, и, следовательно, негативные эмоции закладываются в раннем детстве.

Психоаналитики используют термины «аффект злости», «аффект вины», «аффект любви» и другие, указывая на энергетический компонент эмоции и его связь с влечениями.

Аффекты могут осознаваться или оставаться неосознанными. Они способны изменять свои свойства, качества и интенсивность в зависимости от представлений, с которыми они ассоциируются. Если аффект не связан с конкретным представлением, он ощущается как тревога [68].

Представители когнитивно-поведенческого подхода основывают свои исследования на концепции, согласно которой мысли и убеждения играют существенную роль в формировании эмоционального состояния человека. В рамках этого подхода выделяется взаимодействие между эмоциями, мыслями и действиями человека. По мнению сторонников когнитивно-поведенческого

подхода, негативные переживания вызываются не столько внешними обстоятельствами, сколько способом, которым человек их интерпретирует на основе своих ложных убеждений о себе, других людях и окружающем мире. Особое внимание уделяется изучению взаимодействия когнитивных и аффективных процессов в контексте стресса и стратегий справления с ним (Кокс, Леонова, Folkman и др.). Одна из первых теорий стресса в рамках когнитивного подхода, разработанная Р. Лазарусом, подчеркивает важную роль когнитивно-аффективных механизмов в субъективной оценке ситуации человеком [30, 50].

Работа Е. И. Рассказовой подчеркивает значимость когнитивных процессов в регуляции эмоций и взаимного влияния эмоциональных состояний на протекание когнитивных процессов. Автор выделяет девять основных когнитивных стратегий регуляции эмоций, которые классифицируются на две категории.

1. Эффективные стратегии, способствующие успешной адаптации:

- принятие событий.
- переориентация на позитивные аспекты
- сосредоточение на планировании
- позитивная переоценка
- проекция в будущее.

2. Деструктивные стратегии, препятствующие адаптации и усиливающие дезадаптационные эффекты:

- самообвинение,
- руминации/навязчивые мысли о событии,
- катастрофизация,
- обвинение других [50].

Представители гештальт-подхода определяют эмоции как психическое отражение, где явления и ситуации воспринимаются через призму потребностей и вызывают непосредственные пристрастные переживания.

Эмоции представляют собой простые переживания, связанные с удовлетворением или неудовлетворением потребностей в текущем моменте. Они обусловлены первичными впечатлениями, которые проявляются непосредственными реакциями, такими как страх, гнев или радость, на внешние атрибуты объектов. Эмоции не связаны с сознанием, а скорее представляют собой стремление к действию.

Основная функция эмоций заключается в выражении неудовлетворенных потребностей. Согласно гештальт-терапии, приятность или неприятность переживания эмоций определяется отношением человека к этим эмоциям, формируемым на основе семейного сценария и личного опыта. Таким образом, классификация эмоций на полезные и вредные является результатом рационализации, подавления или стимулирования эмоциональных переживаний. С точки зрения физиологии, эмоция представляет собой простое возбуждение нервных клеток.

В рамках психотерапии существуют несколько базовых эмоций, с которыми можно работать, включая вину, стыд, радость, страх, тревогу, грусть и злость в их различных проявлениях [47].

Телесно-ориентированный подход исследует влияние эмоций на физическое состояние организма. В рамках данного подхода широко известны такие виды психотерапии, как характерологический анализ Райха, биоэнергетический анализ Лоуэна, концепция телесного осознания Фельденкрайза, метод интеграции движений Александера, метод чувственного сознания (Селвер и Брукс) и структурная интеграция (Рольф). Один из представителей этого подхода, Райх, утверждал, что хронические мышечные напряжения препятствуют нормальному выражению тревожности, гнева и сексуального возбуждения, и формируют так называемый «мышечный панцирь». Этот «панцирь» не позволяет человеку полноценно переживать интенсивные эмоции, ограничивая и искажая выражение своих чувств [3].

По Лоуэну, причиной неврозов, депрессии и психосоматических расстройств является подавление чувств, которое сопровождается

хроническим мышечным напряжением, мешающим свободному потоку энергии в организме человека и приводящим к изменению функционирования личности [35].

К. Е. Изард предоставляет более обширное понимание отрицательных эмоциональных состояний. В его классификации перечислены следующие негативные переживания, как страдание, гнев, отвращение, презрение, стыд, дистресс и чувство вины [25].

В качестве наиболее частых негативных эмоциональных состояний, характерных для большинства людей, исследователи выделяют тревожность и постоянные страхи разной степени интенсивности (А.И. Захаров, К.Э. Изард, Л.М. Костина и др.) [24, 25, 32].

Понятие «тревожность» было впервые сформулировано и внимательно рассмотрено в работах З. Фрейда. В своей монографии «Торможение, симптомы, тревога» (1926 г.) он впервые выделил состояние тревоги и озабоченности, описывая их как эмоциональные состояния, связанные с ожиданием, неопределенностью и ощущением беспомощности [53]. Позже, исследования тревожности были представлены в трудах как отечественных, так и зарубежных ученых, включая А. Бека [10], А. Прихожан [48], А. И. Захарова [24] и др.

В контексте психолого-педагогических исследований, понятие «тревожность» подвергается множеству толкований. Например, А. Адлер рассматривает тревожность как характерологическую черту, сопровождающую индивида от раннего детства до пожилого возраста. Он отмечает, что тревожность существенно искажает качество жизни, препятствует установлению контактов с другими людьми и разрушает надежды на гармоничное существование и внесение вклада в общество [2].

А. Бек выделяет два компонента тревоги: когнитивный и соматический, на основе которых была разработана шкала тревоги [10].

По мнению К. Изарда, тревожность является неотъемлемой комбинацией состояния страха с одной или несколькими другими эмоциями,

такими как гнев, вина, стыд и интерес [25].

Г. Габдреева определяет тревожность как личностное свойство, которое является значимым фактором риска, приводящим к нервно-психическим заболеваниям у студентов. В своем исследовании она обнаружила, что повышенная тревожность и увеличенная чувствительность к стрессу снижают интеллектуальную активность в психически напряженных ситуациях, особенно во время экзаменов. Кроме того, высокий уровень тревожности вызывает неуверенность в собственных силах и служит одной из причин низкого социального статуса личности [19].

Существенный вклад в изучение проблемы тревожности в психологии внесла А. М. Прихожан. По её мнению, тревожность представляет собой стабильное личностное образование, проявляющееся в склонности переживать субъективно нейтральные ситуации как угрозу самооценке, представлению о себе, личным интересам и ценностям. Часто тревожность рассматривается как самостоятельная негативно окрашенная эмоция, направленная в будущее, в отличие от таких эмоций, как вина и сочувствие. В субъективном переживании тревожность проявляется в виде напряжения, беспокойства, нервозности, чувства неопределенности, физической и психической истощенности, принятия решений, ощущения уязвимости, одиночества, страха перед будущим неудачами и т.д. [48].

В. В. Пантелеева описывает, что многие исследователи, как зарубежные, так и отечественные, изучали проблему депрессий в разные периоды времени. Среди них А. Бек, Э. Дюркгейм, А. В. Курпатов, Д.В. Ковпак, Ю. В. Ковалев [45].

А. И. Захаров определяет депрессию как аффективное состояние, характеризующееся отрицательным эмоциональным фоном, изменениями мотивационной сферы, когнитивных представлений и общей пассивностью поведения [24].

Депрессивное состояние включает в себя две составляющие, согласно В.В. Парамоновой:

- 1) субъективное переживание отрицательного аффекта;
- 2) симптомы его выражения в поведении, мимике, жестах, определенных сдвигах во внутренней среде организма.

Если речь идёт о депрессии как заболевании, необходимо учитывать и третий компонент – патогенетические механизмы, на которых оно основано, одним из проявлений которых являются эмоциональные нарушения [40].

Перечислим некоторые из наиболее распространенных симптомов:

- грусть, безразличие, низкая мотивация или ее отсутствие, усталость;
- нарушение сна;
- нарушение аппетита;
- апатия, потеря вкуса к жизни;
- повышенная чувствительность к критике или пренебрежению;
- обостренное чувство обиды;
- низкая самооценка, неуверенность в себе, чувство неадекватности;
- раздражительность, чувство разочарования и безысходности;
- чувство безнадежности и/или беспомощности;
- мысли о смерти или самоубийстве, попытки самоубийства [41].

Есть и другие проявления этого сложного заболевания. У многих людей наблюдается комбинация симптомов. Психологические симптомы депрессии: Грусть и отчаяние. Часто они являются наиболее заметными и болезненными. Человек может также испытывать чувство пустоты, разочарования, уныния, а физически ощущать тяжесть.

Низкая самооценка. Человек внезапно начинает считать себя неполноценным, ни на что не годным, ощущает неадекватность. Он может ненавидеть себя и убежден, что неспособен ни на что. Примерами высказываний людей с низкой самооценкой могут быть: «Я не могу справиться, я бесполезен», «Я всегда делаю всё неправильно». Люди с низкой самооценкой обычно переоценивают окружающих и недостаточно ценят себя, они часто полагаются на мнение и авторитеты других людей.

Апатия. Это отсутствие мотивации и желания заниматься чем-либо,

нежелание общаться с людьми, низкий уровень активности и бездеятельность. Апатия может привести к более серьезным проблемам, таким как социальная изоляция и депрессивный «замкнутый круг». Например, человек, находящийся в состоянии апатии, может принять решение не выходить из дома и избегать контактов с людьми. Однако такая замкнутость и отсутствие развлечений обедняют нашу жизнь. Некоторые исследователи полагают, что отсутствие удовольствий в жизни является основной причиной депрессии. Кроме того, чрезмерная пассивность сама по себе способна вызвать физическое недомогание (например, усталость, запоры), что еще больше ухудшает самочувствие.

Межличностные проблемы. Люди, находящиеся в состоянии депрессии, становятся особенно чувствительными к критике, при этом теряют желание общаться с кем-либо. Они ощущают дискомфорт в присутствии других людей, что иногда усиливает чувство одиночества. Люди, страдающие депрессией, испытывают неуверенность в себе, и им трудно выступать в свою защиту, выражать свои мысли, чувства или просить о помощи и поддержке. Им сложно сказать «нет», когда это необходимо. Важно отметить, что не все проблемы в общении и самооценке имеют отношение к депрессии, но при наличии болезни эти проявления становятся более выраженными. Бывает, что раньше человек легко общался с окружающими, но всё меняется с появлением депрессии. Как один пациент, страдающий депрессией, сказал: «Обычно, общаясь с посторонними, я спокоен. Но с недавнего времени я потерял уверенность в себе. Меня беспокоит, как я выгляжу в глазах собеседника; мне трудно быть откровенным. Возникает ощущение, будто со мной что-то не в порядке» [10, с. 156].

Ощущение вины. Чрезмерное усиление чувства вины может превратить естественное раскаяние в эмоцию, которая становится болезненной и разрушительной для психического состояния. Вместо нормального чувства сожаления или раскаяния, человек убеждается в своей неполноценности и негодности, что является выражением когнитивных искажений при депрессии.

Негативные мысли. Психологи зачастую используют термин «когнитивные искажения» для описания негативно-пессимистической тенденции мышления. Когниции относятся к мыслям и восприятию. Искажения и ошибки в мышлении и восприятии являются частыми признаками депрессии. В состоянии депрессии человек склонен к чрезвычайно пессимистическому восприятию всего. Его мысли сосредоточены на негативе. Эти когнитивные искажения не только являются симптомами, но и играют значительную роль в усилении и хронификации депрессии.

Мысли о самоубийстве. Подобные мысли часто возникают при депрессии. Несмотря на то, что большинство людей, которые размышляют о суициде, фактически не принимают рокового решения, такие мысли всегда должны рассматриваться серьезно. Они наиболее часто посещают пациентов, у которых представление о собственном будущем окрашено в темные оттенки и которых охватывает чувство безысходности. В самоубийстве они видят способ освободиться от страданий. Тем не менее, у большинства больных все же преобладает инстинкт самосохранения. Любовь близких, вера в бога, страх перед возмездием в другом мире и другие обстоятельства связывают человека с жизнью, и он не решается на отчаянный шаг.

Таким образом, негативные эмоциональные переживания - это субъективные дискомфортные переживания, возникающие в результате разрыва между желаемым и действительным, характеризующиеся невозможностью преодоления этого разрыва. Переживание негативных эмоциональных состояний обусловлено включением вынужденных адаптивных механизмов.

### 1.3. Исследование связи образа тела с негативными эмоциями

В настоящий момент человечество переживает время сверхскоростных перемен, непредсказуемости и неустойчивости, а также разных видов потрясений - от локальных, затрагивающих отдельные регионы, до всеобщих,

вовлекающих множество стран, как, например, пандемия. Эти факторы оказывают значительное воздействие как на психологическое, так и на физическое состояние человека. В свете этих событий возникает неотложная потребность в изучении не только тревожных и депрессивных состояний самих по себе, но и в их взаимосвязи с телесным образом Я, с целью последующего развития эффективных методов работы с этими состояниями.

Вместе с тем, в сфере научных исследований изучению телесного образа Я уделяется ограниченное внимание. Как уже было замечено, концепция телесного образа имеет два аспекта в психическом состоянии человека: сознательный, который у людей с психически сохранной функцией в значительной степени соответствует реальности, и бессознательный, отражающий структуру характера и психологический тип личности. Человек осуществляет свою жизнь, опираясь на образ своего Я и представления о самом себе.

Однако современные научные исследования в основном фокусируются на изучении сознательного образа Я, уделяя недостаточное внимание бессознательному аспекту. Обзор научных исследований, проведенный с использованием системы Google Scholar, не выявил ни одной работы, рассматривающей связь между негативными аффективными состояниями и бессознательным образом тела.

Среди современных исследований, направленных на изучение связи образа тела с негативными аффективными состояниями, можно выделить несколько направлений:

Клинические исследования.

Исследования с помощью лабораторных средств (VR-пространств).

Исследования условной группы нормы.

Первая группа исследований посвящена клиническому изучению образа тела. В рамках клинических исследований рассматриваются нарушения образа тела, такие как расстройства пищевого поведения, трансгендерность, дисморфофобии. Они предоставляют возможность анализа и изучения

различных аспектов образа тела и его восприятия. Ключевыми факторами в этих исследованиях являются принятие или непринятие собственного образа тела.

В рамках разработки диагностического инструмента для оценки позитивного образа тела было проведено исследование, в котором осуществлялся качественный анализ высказываний. В результате этого исследования были выявлены основные факторы, связанные с формированием позитивного образа тела, включающие:

Признательность – выражение благодарности телу за его здоровье и функциональность, а также за обретение позитивного образа тела.

Безоговорочное принятие со стороны окружающих (семья, друзья, партнеры) играет важную роль в формировании позитивного образа тела, по мнению участниц исследования.

Принятие собственного тела и развитие любви к нему – исследуемые отмечали необходимость принятия своего тела таким, как оно есть, и описывают ощущение комфорта и любви к своему телу.

Духовность/религия – некоторые участницы исследования рассказали о том, как религиозные или духовные убеждения помогают им формировать и сохранять позитивный образ тела. Они считают, что их тело формировалось благодаря некой высшей силе, и поэтому они должны принимать и любить себя такими, какие они есть.

Поиск социальной поддержки от людей, которые также принимают себя такими, какие они есть. Все участницы старались взаимодействовать с людьми в своем окружении, у которых был позитивный образ тела.

Забота о теле с помощью здорового образа жизни также играла значимую роль. Все студентки указывали, что они уделяют внимание потребностям своего тела, основываясь на принципах здорового образа жизни, а не стремясь только к привлекательному внешнему виду. Они регулярно занимались умеренным фитнесом, следили за полноценным питанием, избегали переедания и использовали адаптивные методы управления стрессом. Большинство из них

также обращались за медицинской помощью для поддержания своего здоровья и иногда позволяли себе насладиться уходом за телом, включая массаж и другие приятные процедуры.

Фильтрация информации с целью защиты образа тела была важной стратегией для всех студенток. Они осознавали, что западная культура продвигает идеализированные образы женщин, призывая их стремиться к худобе и воспринимать себя как объекты, а не субъекты. Участницы исследования использовали свою осведомленность как фильтр, который помогал им сопротивляться негативным влияниям на свой образ тела.

Внутренняя позитивность была отмечена студентками как важный аспект. Они сообщали о внутреннем ощущении комфорта, счастья и позитивного настроения. Все студентки имели широкое понимание красоты, которое не сводилось только к привлекательному внешнему виду [39].

Рассмотрим неудовлетворённость собственным телом.

Неудовлетворенность телом представляет собой концепт, связанный с недовольством человека определенными аспектами своего физического тела, и может проявляться в различных степенях

Неудовлетворённость телом — аспект, включённый в комплексное понятие образа тела, содержащим в себе восприятие и отношение человека к своему телу. Неудовлетворенность телом может быть как устойчивой чертой (постоянно присутствующей), так и изменчивым состоянием, подверженным влиянию контекста и настроения.

Необходимо отметить, что несоответствие между актуальным и идеальным представлением о себе может привести к разочарованию, недовольству или другим отрицательным последствиям, которые подвергают людей риску развития серьезных состояний, включая депрессию. Такие несоответствия в образе тела связаны как с неправильным питанием, так и с физическими упражнениями. Важно отметить, что неудовлетворенность телом возрастает с увеличением индекса массы тела и восприятием другими людьми его внешнего вида.

Большое влияние на неудовлетворенность телом оказывают негативное настроение, а также стремление к контролю веса, ориентируясь на внешний вид. Факторами риска неудовлетворенности телом являются низкая самооценка и высокий индекс массы тела. Кроме того, негативный образ тела, включающий недовольство своим телом, стремление к худобе и низкую самооценку, может быть предиктором симптомов, связанных с расстройствами пищевого поведения.

Весьма часто прослеживается связь между нарушением образа тела, включая неудовлетворенность телом и возникающий дистресс, и стремлением к идеальности. Однако следует отметить, что эта связь может указывать на то, что люди с такими нарушениями испытывают сильное желание представлять себя совершенными для других. Таким образом, дистресс, связанный с образом тела, зависит не только от собственного мнения индивидуума о себе, но и от того, как он или она воспринимает оценку других людей.

В своём исследовании «Образ тела как посредник несуйцидального членовредительства у подростков» Muehlenkamp J. и Brausch A. выявили, что образ тела может представлять необходимый, но недостаточный фактор риска развития подростками несуйцидальных членовредительств и что при соответствующем лечении следует учитывать патологию, связанную с телом, в дополнение к регуляции эмоций [82].

В проведенном исследовании Davison T. E. и McCabe M. P. было обнаружено, что нарушение образа тела связано с проблемами социального и сексуального функционирования у мужчин среднего возраста, а также с симптомами депрессии и тревоги в зрелом возрасте как у мужчин, так и у женщин. У мужчин среднего возраста, у которых наблюдалось нарушение образа тела, типичное для женщин, с большей вероятностью наблюдались проблемы в межличностном функционировании. Эти результаты подчеркивают важность социальных аспектов образа тела для понимания психологического функционирования в более позднем возрасте [77].

Одной из причин неудовлетворенности телом, согласно теории

социального сравнения, является сравнение с другими, когда отсутствуют объективные критерии сравнения. Сравнение себя с другими становится нормативным аспектом общества. Когда женщина сравнивает себя с внешностью другого человека, она часто сравнивает себя с тем, кто, по ее мнению, превосходит ее в некоторых аспектах. Однако такие сравнения, связанные с образом тела, обычно приводят к неудовлетворенности своим собственным телом.

Одна из причин неудовлетворенности телом, согласно теории социального сравнения, заключается в том, что люди сравнивают друг с другом, когда нет объективных сравнений. Сравнение себя с другими становится нормативным аспектом общества. Когда женщина сравнивает себя с внешностью другого человека, она обычно сравнивает себя с кем-то, кто, по ее мнению, в чем-то лучше. Тем не менее, делая такого рода сравнения, связанные с изображением тела, безобидные на первый взгляд, женщины обычно приходят к неудовлетворенности своим телом, что в ряде случаев приводит к функциональным и психическим нарушениям.

Кроме того, теория объективации предполагает, что социокультурные нормы, связанные с внешностью, влияют на восприятие людьми своего собственного тела, а эти оценки, в свою очередь, влияют на самооценку. Эти нормы, которые определяют такие важные оценки, проникли повсюду в культуре, начиная от друзей и семьи и заканчивая средствами массовой информации.

Помимо этого, для женщин актуальны более строгие нормы внешности по сравнению с мужчинами. Утверждается, что у женщин существует более негативное восприятие своего тела по сравнению с мужчинами. В результате неудовлетворенность телом у женщин была названа "нормативным недовольством". Однако применение гендерно-чувствительных методов, которые учитывают стремление к увеличению мышц и снижению веса, подвергло сомнению предыдущие убеждения о том, что мужчины значительно более устойчивы к тревогам по поводу своей внешности. В настоящее время

имеется значительное количество доказательств того, что молодые мужчины также испытывают неудовлетворенность своим телом [76].

В ходе проведения исследования, в котором изучалась неудовлетворенность телом, самооценка и удовлетворенность отношениями, было обнаружено, что в целом женщины испытывали более сильную неудовлетворенность своим телом и обладали более низкой самооценкой по сравнению с мужчинами. Кроме того, женщины часто преувеличивали размеры своего тела, в то время как мужчины недооценивали свои [49].

Считается, что более низкая удовлетворенность женщин своим телом по сравнению с мужчинами является следствием их большей подверженности социокультурным влияниям, связанным с идеализацией внешнего вида, а также особенностями их стратегий сравнения и оценки внешности. Женщины склонны быть более самокритичными и чаще сравнивают свое лицо и форму тела с другими женщинами, у которых, по их мнению, эти параметры являются более благоприятными, тогда как мужчины чаще проявляют оптимизм при оценке своей внешности и верят в свою способность достичь физического совершенства. Более высокая чувствительность женщин к несоответствию реального и идеального образов тела также способствует их недовольству [51].

Клинические исследования часто выявляют такие проявления расстройства образа тела, как расстройства пищевого поведения, трансгендерность и дисморфофобия.

Расстройства пищевого поведения, такие как нервная анорексия, нервная булимия, переедание, рвота и другие, являются психогенно обусловленными поведенческими синдромами, связанными с нарушениями приема пищи. Основными признаками этих расстройств являются чрезмерные опасения по поводу увеличения веса, активные методы контроля за весом (строгая диета, вызывание рвоты, прием слабительных, интенсивные физические упражнения) и отрицание субъективной значимости проблемы веса и пищевого приема [57]. Неудовлетворенность своим телом, проблемы с весом и использование экстремальных методов контроля за весом являются

значительными факторами риска развития расстройств пищевого поведения.

Нервная анорексия, одна из форм расстройств пищевого поведения, характеризуется значительным снижением веса, осознанным и/или самоподдерживаемым пациентом с целью похудения или предотвращения набора лишнего веса. При этом расстройстве наблюдается патологическое желание потери веса, сопровождающееся сильным страхом ожирения. Пациенты с нервной анорексией часто искажают восприятие своей физической формы и испытывают беспокойство по поводу увеличения веса, даже если фактический набор веса не происходит. Кроме того, у таких пациентов нарушение образа тела тесно связано с симптомами депрессии и тревоги на всех этапах лечения. В процессе лечения стойкое нарушение образа тела может стать важным фактором, влияющим на течение сопутствующих аффективных заболеваний, таких как депрессия и тревога [81].

Нервная булимия – расстройство приёма пищи, для которого характерны повторные приступы переедания и чрезмерная озабоченность контролированием массы тела. Это приводит человека к принятию крайних мер, призванных уменьшить влияние съеденного на массу тела.

По мнению Rost Geteilte Erstauteurschaft S, Sarrar Geteilte Erstauteurschaft L и др., нарушение образа тела — это одна из основных черт расстройств пищевого поведения и следствие негативных эмоций [57].

Также можно описать ряд клинических исследований. А. Бескова отмечает, что у пациентов с тревожно-фобическими расстройствами наблюдается повышенная проницаемость границ телесности, что связано с более выраженным переживанием стресса по сравнению с людьми, у которых границы телесности более четко определены [11]. У депрессивных пациентов наблюдается дефицит ясности представления о границах собственного Я и, следовательно, у них возникают ощущения общей неадаптивности, небезопасности и незащищенности своей личности перед внешней средой [46]. Люди с ожирением имеют слабые и нечеткие границы образа своего тела и воспринимают свой избыточный жир как защитный слой, усиливающий

нечеткие границы телесности [11]. Негативные эмоции играют роль в связи между образом собственного тела и нарушениями пищевого поведения у женщин [74].

Искажения образа собственного тела, такие как преуменьшение или преувеличение ширины значимых частей тела, при нервной анорексии и эндогенном ожирении являются результатом действия механизма когнитивного подтверждения аффективного отношения. То есть, люди с низким уровнем удовлетворенности своим телом и низкой самооценкой своей внешности склонны переоценивать размеры своего тела, в то время как люди с высокой удовлетворенностью своим телом и высокой самооценкой склонны недооценивать размеры своего тела [21].

Дисморфофобия является психическим заболеванием, характеризующимся навязчивой тревогой по поводу реальных или воображаемых дефектов своего тела. Подобное расстройство присуще подросткам, хотя встречается и у взрослых людей.

В исследовании, проведенном Y. Liao, были изучены показатели распространенности неудовлетворенности образом тела, дисморфических расстройств тела, социальной тревоги и депрессивных симптомов среди студентов-первокурсников в Китае. Автор использовал самоотчетный опрос с применением опросника формы тела, опросника отношения к мускулатуре Суонси, шкалы тревоги социального взаимодействия, опросника дисморфической озабоченности, шкалы самооценки депрессии и опросника дисморфических расстройств тела [78].

Трансгендерность, рассматриваемая в контексте клинической психологии, представляет собой диссонанс между гендерной идентичностью индивида и биологическим полом, который ему был приписан при рождении (согласно Международной классификации болезней, 10-я редакция).

Недавние исследования, проведенные Я. Кирей-Ситниковой [27], М. В. Лушиной [36] и Р. В. Романовой [52], обнаружили отсутствие связи между степенью удовлетворенности телом у трансгендерных мужчин и их

представлениями о маскулинности и фемининности, как с точки зрения социального окружения, так и с точки зрения самооценки. Уровень удовлетворенности трансгендерных мужчин своим телом слабо коррелирует с соответствием зеркального Я, основанного на оценке, полученной от родителей, а также с их представлениями о «типично мужских» и «типично женских» личностных характеристиках. Таким образом, существует связь между степенью удовлетворенности телом у трансгендерных мужчин и их представлениями о том, насколько маскулинными или фемининными они себя видят согласно оценке со стороны родителей. Более фемининное восприятие родителями требует большего числа этапов «перехода» для достижения субъективного психологического комфорта.

Р.В. Романов описывает, что восприятие своего тела, изменяющегося по мере взросления, для многих трансгендеров является проблемой. Неприязнь к собственному телу нередко предполагает неудовлетворенность выполняемой в социуме ролью, что отягощает клинически выраженный дистресс. Для трансгендерных мужчин традиционная роль мужчины более выгодна, чем традиционная роль женщины для трансгендерных женщин: приемлемость «мужского» и неприемлемость «женского» обуславливают различия в образе тела. (Романов (2023) провел исследование, в котором была рассмотрена проблема восприятия собственного тела у трансгендерных людей. Он отметил, что многие из них испытывают неприязнь к своему телу, которая меняется по мере их взросления. Это недовольство своим телом связано с неудовлетворенностью выполняемой ими социальной ролью и приводит к клинически выраженному дистрессу. Важно отметить, что для трансгендерных мужчин традиционная мужская роль считается более приемлемой, чем традиционная женская роль для трансгендерных женщин. Это обусловлено различиями в образе тела, которые связаны с принятием «мужского» образа и неприятием «женского» образа [52].

Другие направления исследования образа тела и негативных эмоций — это направления, осуществляемые с помощью лабораторных средств (VR-

пространств).

В работе Варламова и Яковлевой (2021, с. 10) [15] описаны исследования, проведенные с использованием лабораторных средств, в частности VR-пространства. Исследование показало, что свободное перемещение в VR-среде вызывает искажения в восприятии размеров собственного тела у испытуемых, с наблюдаемой тенденцией к преувеличению размеров тела непосредственно после погружения. Эти результаты указывают на наличие эффекта увеличения восприятия размеров собственного тела, независимо от количества погружений.

Однако, по прошествии некоторого времени после последнего погружения, искажения в восприятии размеров собственного тела исчезают. И уже на следующий день после последнего погружения подобные искажения частично снижаются, приближая восприятие размеров наименее активных зон к их реальным значениям. Это означает, что повышение уровня осознанности собственного тела после погружения в VR-среду в облике антропоморфного аватара оказывает положительный эффект на формирование собственной телесности.

Рассмотрим исследования взаимосвязи образа тела и негативных эмоций, проведенных на условной группе нормы.

Анализируя исследования, проведенные на условной группе нормы, можно отметить, что в современном обществе понятие о красоте становится более разнообразным, отсутствует единый телесный эталон. В последние годы мода активно внедряет новые типы тел, которые ранее считались маргинальными, включая пожилых, полных и инвалидов, а также трансгендерных моделей. Авангардная мода тесно связана с толерантностью и готовностью принять необычное и странное. Это предполагает настрой на открытость, внутреннюю свободу и возможность пересмотреть привычные стереотипы.

Мета-анализ, проведенный Myers и Crowther на тему «Социальное сравнение как предиктор неудовлетворенности телом: метааналитический

обзор», исследовал взаимосвязь между социальным сравнением и неудовлетворенностью телом. Результаты исследования показали, что социальное сравнение было связано с более высоким уровнем неудовлетворенности собственным телом. Эффект социального сравнения и неудовлетворенности телом был более выражен у женщин по сравнению с мужчинами и зависел от возраста. Этот эффект был более значимым, когда социальное сравнение осуществлялось непосредственно, а не на основе предположений. Не было обнаружено различий в отношении наличия психопатологии пищевого поведения, дизайна исследования или объекта сравнения. Такие результаты подтверждают теорию и предыдущие исследования, которые предполагают, что неблагоприятное сравнение себя с другими на основе внешности может привести к неудовлетворенности собственным внешним видом [74].

Согласно исследованиям С.С. Татауровой [63], в последнее время становится все более очевидной значимость внешней привлекательности для юношей и мужчин. Они также подвергаются давлению со стороны окружающей среды, подобному тому, с которым сталкиваются женщины. Жесткая конкуренция и стремление к успеху создают образ супермена, достижение которого связано с финансовой независимостью и определенным социальным статусом [61]. Результаты опроса, проведенного Поупом и коллегами, указывают на то, что мужчины, подобно женщинам, готовы пойти на значительные жертвы для достижения желаемой физической формы. Однако у мужчин беспокойство связано не столько с весом, сколько с необходимостью иметь развитое, мускулистое и стройное тело [63].

Данный факт объясняется трансляцией «модных» образов тела через различные средства массовой информации, такие как телевидение, интернет и СМИ. В настоящее время идеал тела, стереотип внешней привлекательности и физического здоровья являются неотъемлемой частью информационного потока СМИ. СМИ навязывают свои критерии красоты, утверждая, что успех в различных сферах жизни напрямую зависит от внешней привлекательности.

Исследование И. Н. Тихоновой показало, что социальные стандарты внешней привлекательности, которые передаются СМИ, оказывают влияние на субъективное отношение современных девушек к своему физическому образу. Субъективное отношение к образу физического Я влияет на структуру самоотношения. Положительная оценка своего физического образа в сознании человека может значительно повлиять на общую самооценку, тогда как отрицательная оценка может привести к снижению самооценки. Помимо популяризации идеализированного образа внешности, СМИ также предлагают различные компенсаторные методы и способы преобразования внешности, чтобы приблизиться к этому идеалу. Это включает следование различным диетам и физическим практикам, коррекцию внешности через наращивание волос, ресниц, пластическую хирургию и другие методы [65].

Авторы Н. В. Батурина и О. А. Зацепина в своих исследованиях показали, что социальные сети в целом, а особенно Instagram, оказывают влияние на образ тела и эмоции личности. Даже однократное и кратковременное воздействие данного ресурса может изменить отношение пользователей к своему телу. В ходе эксперимента авторы выявили значимые и тесные связи между отдельными параметрами самооценки и показателями «внешность» и «ориентация на внешность» [5].

Ratnasari S. E., Pratiwi I., Wildannisa H. выявили, что существует отрицательная связь между образом тела и социальной тревожностью у девочек-подростков, а образ тела вносит вклад в возникновение социальной тревожности [84].

Результаты исследования Cash T. F., Theriault J. и Annis N. M. «Образ тела в межличностном контексте. Привязанность взрослых, страх близости и социальная тревожность» показали значительную связь оценки образа тела, аффекта социально-оценочной тревоги у обоих полов с тревогой романтической близости у женщин. У обоих полов большая дисфункция образа тела была связана с менее надежной привязанностью (как общей привязанностью ко взрослым, так и более тревожной романтической

привязанностью) [76].

Таким образом, нарушения образа тела определяются как перцептивные, когнитивные искажения, а также как проблемы с двигательной, телесной сферой. В образе тела психическое и физическое неразделимо связаны. Поэтому негативные эмоции оказывают существенное влияние на восприятие тела, равно как и обратно.

**Dist24.ru**

**ТГ: @student\_help24\_bot**

**Учебные работы под ключ!**

## ВЫВОДЫ ПО ТЕОРЕТИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ

Образ тела и телесность являются важными объектами исследования современной психологии, ввиду того, что до сих пор нет целостного подхода к их изучению и пониманию. В исследованиях образа тела прослеживается взаимосвязь и взаимовлияние аффективных и когнитивных процессов, их роль в становлении личности.

Образ тела рассматривается как представление о своем физическом облике, как отражение индивидом восприятия себя.

1. Эмоции - язык подсознания, который важно понимать и конструктивно использовать. Любая негативная эмоция несет свой смысл и несет отзвук в мыслях и в теле. Будучи важным ресурсом для адекватного взаимодействия с самим собой и миром, эмоции, в случае недостаточности их осознания, напротив, приводят к конфликтному взаимодействию и ошибочным решениям. Наиболее распространенными негативными эмоциями выступают тревога и депрессия.

Согласно когнитивно-поведенческому подходу, гештальт-подходу, телесно-ориентированному подходу, эмоции напрямую связаны с мыслями и телесными реакциями. Поэтому оказывают влияние на формирование образа телесного Я.

Исходя из связи эмоций с мышлением, поведением и здоровьем, важно научиться отслеживать эту неразрывную связь как можно чаще в настоящий момент. Через раскрытие скрытых выгод отрицательных переживаний освобождается путь к самопониманию, самоисцелению и личностной зрелости.

3. Нарушение образа собственного тела, включая дисморфический образ тела, представляет собой состояние, в котором человек оценивает себя худшим, чем есть на самом деле. Это может привести к снижению самооценки, потере ощущения собственной уникальности и важности в социальных взаимодействиях. Клинические исследования подтверждают связь между

негативными аффективными состояниями и формированием негативного отношения к собственному телу, что подчеркивает важность понимания и решения этой проблемы.

4. Авторы используемых в работе методик не дают прямых определений для бессознательного образа тела, тревоги и депрессии, поэтому на основе проделанного теоретического анализа концепций Фельденкрайза и когнитивно-бихевиорального подхода (Фельденкрайз, 1999; Бек, 2000) для нашей работы мы сформулировали следующие определения ключевых терминов:

Бессознательный образ тела — одна из глубинных базовых структур личности, в которой заложена информация об особенностях структуры характера, травмах развития, актуальной проблематике и мышечном панцире, представленная в движении, ощущении, чувствовании и мышлении.

Тревога — отрицательно окрашенная эмоция, выражающая ощущение неопределённости, ожидание отрицательных событий, трудноопределимые предчувствия.

Депрессия — это психическое нарушение, проявляющееся продолжительным ухудшением настроения, снижением двигательной активности, расстройством мыслительных процессов, а также снижением или утратой способности получать удовольствие.

Концепт "негативные аффективные состояния" используется в качестве рабочего конструкта в рамках магистерской работы для обобщения тех явлений, которые измеряют шкалы тревоги и депрессии А. Бека и подлежат оценке исследуемыми у самих себя. Подчеркнём, что в настоящей работе исследуются не сами аффективные состояния, а приписывание себе негативных аффективных состояний на основе шкал А. Бека и их связь с неосознаваемым образом тела.

Таким образом, дальнейшее исследование взаимосвязи между образом тела, эмоциями и личностным развитием является необходимым для более глубокого понимания психологического состояния и благополучия индивида.

## ГЛАВА II. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СВЯЗИ ОБРАЗА ТЕЛА С НЕГАТИВНЫМИ АФФЕКТИВНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН УСЛОВНОЙ ГРУППЫ НОРМЫ

### 2.1. Описание выборки и этапы исследования

Целью исследовательской части работы ставилось исследование особенностей связи бессознательного образа тела с негативными аффективными состояниями.

Исходя из поставленной цели, была выстроена процедура исследования.

Исследовательская часть работы включала три этапа:

На первом этапе сформирована выборка. Набор группы проводился в 2022 - 2023 годах среди жителей Москвы и Подмосковья, для чего респондентам предлагалось пройти методику оценки бессознательного образа тела по Фельденкрайзу при личном физическом участии и анкету-опросник, а также опросники Бека на тревогу и депрессию в Гугл-формах.

На этом этапе выявлены такие диагностические параметры:

негативные аффективные состояния: разные уровни оценки тревоги и депрессии;

- восприятие своего тела как его бессознательный образ.

Исходя из выделенных параметров, был определен диагностический пакет исследования.

На втором этапе проведено психологическое исследование при помощи подобранного диагностического пакета.

На третьем этапе была проведена количественная оценка и сравнение по диагностическим параметрам респондентов по половому признаку. При помощи математической статистики определялась значимость различий между группами по результатам диагностики. Тем самым, выявлялись различия в негативных аффективных состояниях, восприятии своего бессознательного образа тела у мужчин и женщин.

Также выявлялись связи между негативными аффективными

состояниями и бессознательным образом тела как в выборке в целом, так и отдельно по выборкам мужчин и женщин. Связи в каждой группе проявляли особенности изучаемых параметров и тем самым отражали особенности испытуемых.

Эти три этапа соответствовали задачам нашего исследования.

В исследовании приняли участие 55 человек, из них 31 женщина, 23 мужчины. Средний возраст выборки 35 лет, при этом в женской группе средний возраст 34,9 лет, а в мужской 35,6 лет. На рисунках 1 – 3 представлены социально психологические характеристики выборки.

Из данных рисунка 1 видим, что выборка суммирована представителями разного возраста — от 17 до 57 лет. Семейное положение большинства представителей выборки – официальный брак. У многих респондентов есть дети.

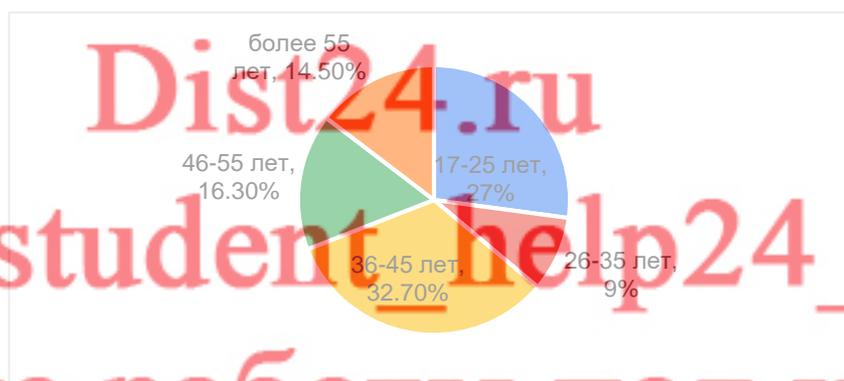


Рис. 1. Распределение выборки по возрасту

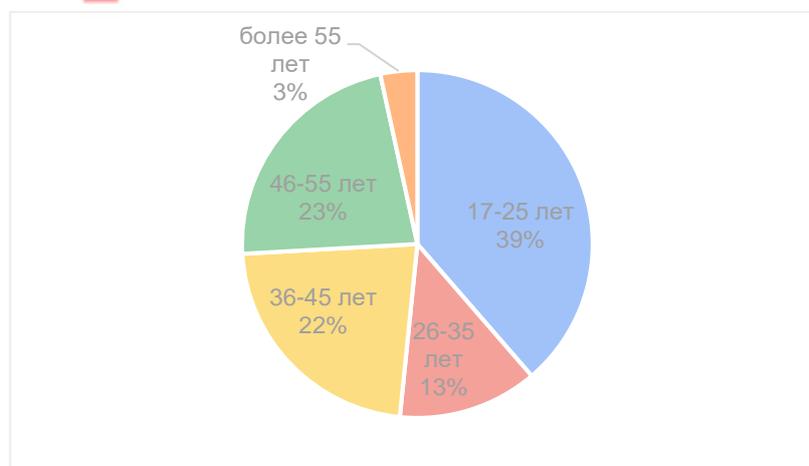
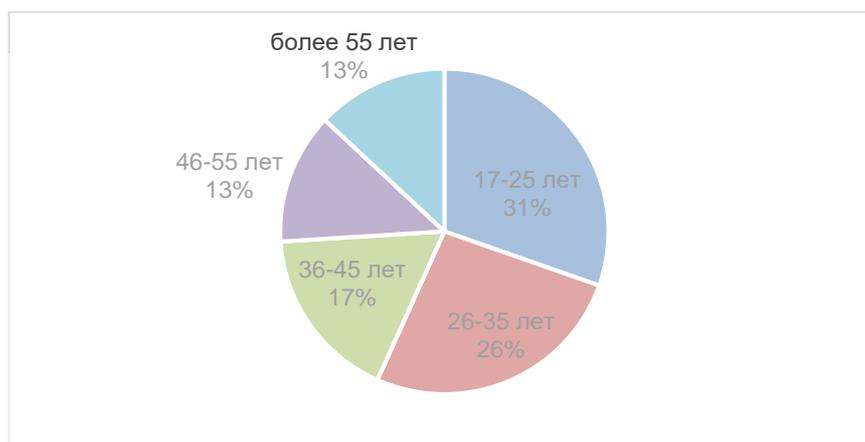


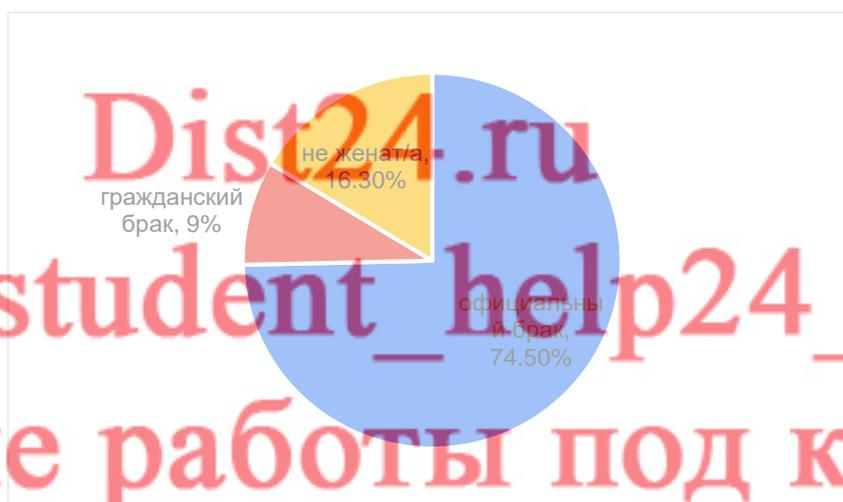
Рис. 2. Распределение выборки женщин по возрасту

Как видим в выборке женщин большинство (39%) в возрасте 17-25 лет

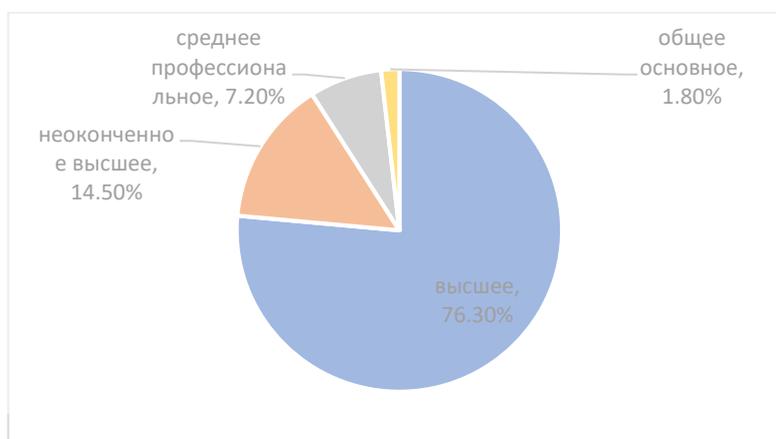


**Рис. 3. Распределение выборки мужчин по возрасту**

В выборке мужчин большинство респондентов (31%) возрасте 17-25 лет.



**Рис. 4. Распределение выборки по семейному положению**



**Рис. 5. Распределение выборки по образованию**

Из данных рисунка 5 видим, что большинство респондентов выборки имеют высшее образование (76,3%).

Монолитность и типология выборки будут способствовать чистоте результатов исследования.

## 2.2 Организация и методики исследования

Для оценки негативных аффективных состояний и бессознательного образа тела были использованы методики:

Опросник тревоги Бека.

Шкала тревоги Бека (англ. The Beck Anxiety Inventory, сокр. BAI) - клиническая тестовая методика, предназначенная для скрининга тревоги и оценки степени её выраженности.

Внутренняя структура. Опросник состоит из 21 пункта. Каждый пункт включает один из основных симптомов тревоги, телесных или психических.

Каждый пункт должен быть оценен респондентом от 0 (симптом не беспокоит) до 3 (симптом беспокоит очень сильно).

Клиническое значение. Шкала тревоги Бека представляет собой простой, удобный инструмент для предварительной оценки степени выраженности тревожных расстройств у широкого круга лиц: молодых людей от 14 лет, зрелых и пожилых, контингента клиники и при скрининговых исследованиях. Заполнение шкалы занимает не более 10 минут, как правило, это можно доверить самому испытуемому. Лица, получившие высокие баллы по шкале, должны быть направлены на консультацию к специалисту.

Обычно шкалу используют при профосмотрах, когда необходимо выделить контингент, нуждающийся в более подробном обследовании и консультации специалиста, в клинической практике, когда есть подозрение, что соматическое расстройство коморбидно с тревогой (в том числе взаимообусловлено).

Подсчёт производится простым суммированием баллов по всем пунктам

шкалы.

Значение до 21 балла включительно свидетельствует о незначительном уровне тревоги.

Значение от 22 до 35 баллов означает среднюю выраженность тревоги.

Значение выше 36 баллов (при максимуме в 63 балла) свидетельствует об очень высокой тревоге.

Мы используем эту шкалу, чтобы определить оценки своих негативных аффективных состояний испытуемыми, в частности, как они оценивают свою тревогу.

## 2. Опросник депрессии Бека.

Шкала депрессии Бека предложена А. Т. Беком и его коллегами в 1961 году и разработана на основе клинических наблюдений авторов, позволивших выявить ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб. После соотнесения этого списка параметров с клиническими описаниями депрессии, содержащимися в соответствующей литературе, был разработан опросник, включающий в себя 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии.

В первоначальном варианте методика заполнялась при участии квалифицированного эксперта (психиатра, клинического психолога или социолога), который зачитывал вслух каждый пункт из категории, а после просил пациента выбрать утверждение, наиболее соответствующее его состоянию на текущий момент. Пациенту выдавалась копия опросника, по которому он мог следить за читаемыми экспертом пунктами. На основании ответа пациента исследователь отмечал соответствующий пункт на бланке. В дополнение к результатам тестирования исследователь учитывал анамнестические данные, показатели интеллектуального развития и прочие интересующие параметры.

В настоящее время считается, что процедура тестирования может быть упрощена: опросник выдаётся на руки пациенту и заполняется им самостоятельно.

Показатель по каждой категории рассчитывается следующим образом: каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 3 в соответствии с нарастанием тяжести симптома. Суммарный балл составляет от 0 до 63 и снижается в соответствии с улучшением состояния.

Результаты теста интерпретируются следующим образом:

0-9 – отсутствие депрессивных симптомов

10-15 – легкая депрессия (субдепрессия)

16-19 – умеренная депрессия

20-29 – выраженная депрессия (средней тяжести)

30-63 – тяжелая депрессия

Использование опросника депрессии Бека позволяет оценить симптомы депрессии у испытуемых.

Авторский опросник.

Составленная анкета-опросник состоит из 15 вопросов:

Ваш Ник

Ваш пол

Возраст

Образование

Семейное положение

Как изменилось Ваше эмоциональное состояние за последнее время?

Как Вы оцениваете свою тревожность за последнее время?

Что Вы делаете, чтобы снизить тревогу?

Как Вы можете оценить своё настроение за последнее время?

Что Вы делаете для поднятия настроения?

Как изменилось Ваше поведение за последнее время?

11. Как изменилось Ваше самочувствие (здоровье) за последнее время?

13. Как Вы можете описать Ваш сон в последнее время?

14. Как Вы можете описать свой аппетит в последнее время?

15. Как часто Вы смотрите, слушаете или читаете новостные каналы?

Цель анкеты: сбор анкетных данных и первичная оценка психоэмоционального состояния респондентов для приглашения их к диалогу по теме исследования.

4. Оценка физических параметров тела по методу М.Фельденкрайза. Цель: выявление степени соответствия бессознательного образа тела сознательному, то есть для выявления количества искажений телесного образа Я, а, значит, степени понимания своего тела, адекватности его ощущения.

Процедура: у испытуемых замерялись такие параметры, как ширина головы, длина головы, ширина шеи, длина шеи, ширина плеч, ширина грудной клетки, ширина талии, ширина бедер, длина руки, длина кисти, длина ноги, длина ступни.

Далее респондентам предлагалось показать с закрытыми глазами с помощью вытянутых рук размеры измеренных частей тела.

Подсчитывались различия в реальном размере части тела и воспринимаемом.

Для оценки различий и связи негативных аффективных состояний и восприятия телесного образа Я были применены U-критерий Манна-Уитни и корреляционный анализ критерием Спирмена. Выбор данных статистических критериев не случаен — данные в выборках не показали нормального распределения. Оценка нормальности распределения осуществлялась по показателям асимметрии и эксцесса. Поэтому при дальнейшей работе с данными выборками использовались непараметрические методы статистики.

### 2.3. Результаты исследования

Анкетирование показало следующие данные респондентов: никак не изменилось эмоциональное состояние за последнее время – 50,9%, не тревожатся (44,4%), за последнее время отмечали у себя легкую тревогу (33,7%), стал более нервным (25,5%), стал более эмоциональным (25,45%),

появилась или повысилась апатия (23,6%), появилась или повысилась раздражительность (23,6%), отмечали сильную тревогу (21,9%).

Для снижения своей тревоги респонденты выбирают следующие меры: избегание СМИ (32,7%), прием витаминов (21,7%), прогулки (13,7%), больше отдыхают (28,1%), ничего не делают (3,8%).

Вопрос на оценку настроения респондентов показал, что у большинства -43,4% отличное настроение, иногда бывает подавленное настроение (36,7%), большую часть времени чувствую подавленное настроение (19,9%).

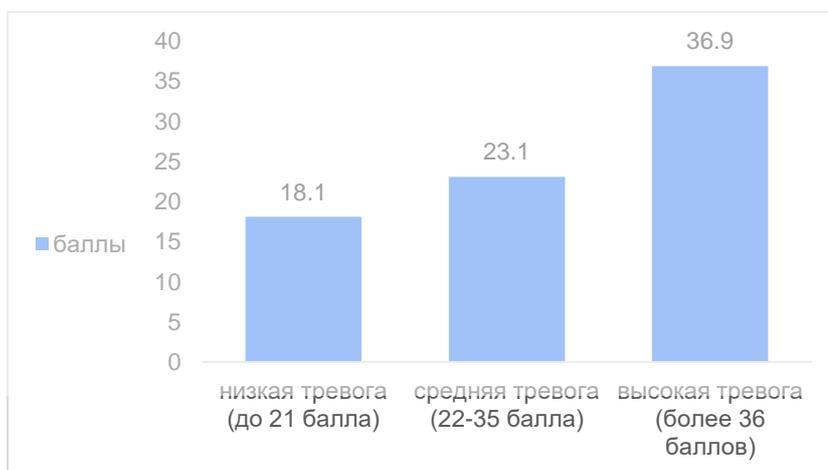
Для поднятия настроения респонденты: прием витаминов (19,7%), прогулки (17,7%), больше отдыхают (32,1%). Также были получены единичные ответы: занятие спортом, любимым делом.

За последнее время респонденты отмечали следующие изменения в своем поведении: стал более расторможенным (34,6%), стал бережнее относиться к себе (38,6%), никак (26,8%).

Респонденты отмечали следующие изменения в своем здоровье: стали лучше себя чувствовать (35,8%), стали хуже себя чувствовать (37,9%).

Оценка аппетита и сна, как признаков эмоционального благополучия, респондентов, показала, что: 35,7% респондентов отмечают ухудшение сна, 25,7% - ухудшение аппетита. Остальные респонденты отметили либо улучшение сна и аппетита, либо отсутствие изменений.

Результаты оценки своих негативных аффективных состояний респондентов по шкалам Бека представлена ниже (рис 6-13).



**Рис. 6. Распределение выборки по уровню оценки тревоги, баллы**

Анализ данных рисунка 6 показал, что в выборке преобладает низкий уровень тревоги у большинства респондентов (87%).

Однако у 9% респондентов был выявлен средний уровень тревоги, а у 3,6% - высокий. У данных респондентов могут быть симптомы беспричинного беспокойства, физические симптомы (тахикардия, потоотделение, головные боли и проч.).

Половое различие в оценке тревоги представлено на рисунках 7-8.

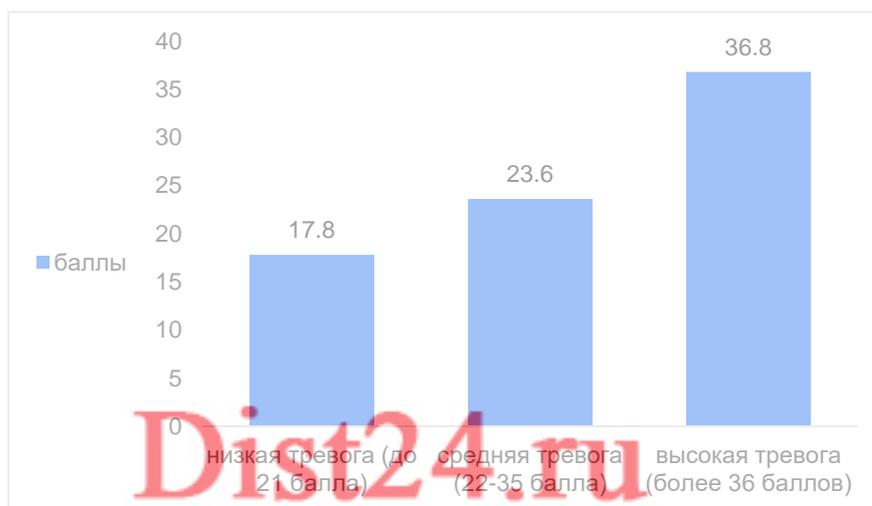


Рис. 7. Распределение выборки мужчин по уровню тревоги, баллы

Анализ данных рисунка 7 показал, что в выборке мужчин преобладает низкий уровень тревоги у большинства мужчин (91%). Им не свойственны беспокойство и переживания. Только 4,3% мужчин переживают среднюю и 4,3% - высокую тревогу.

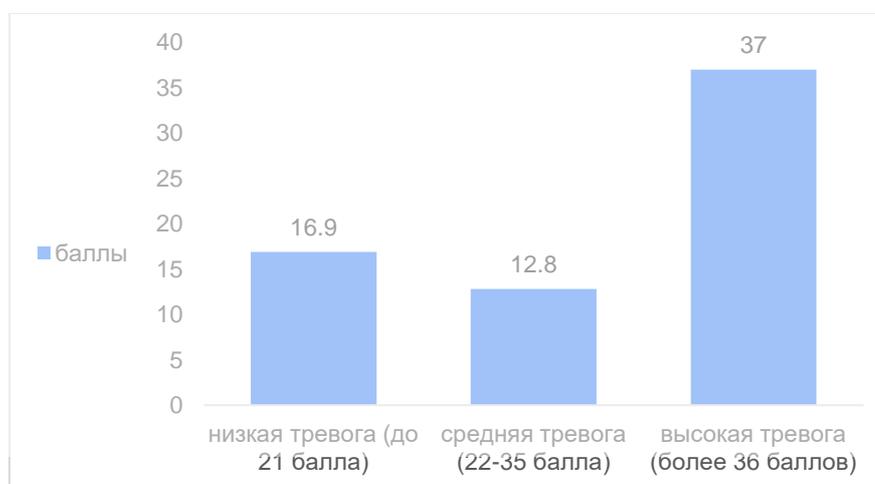


Рис. 8. Распределение выборок женщин по уровню оценок тревоги, баллы

Согласно данным рисунка 8 видно, что в выборке женщин преобладает низкий уровень тревоги (87,5%). Однако у 9,3% женщин был выявлен средний уровень тревоги, а у 31%- высокий.

Сравнение оценок тревоги в выборке мужчин и женщин представлено на рисунке 9.

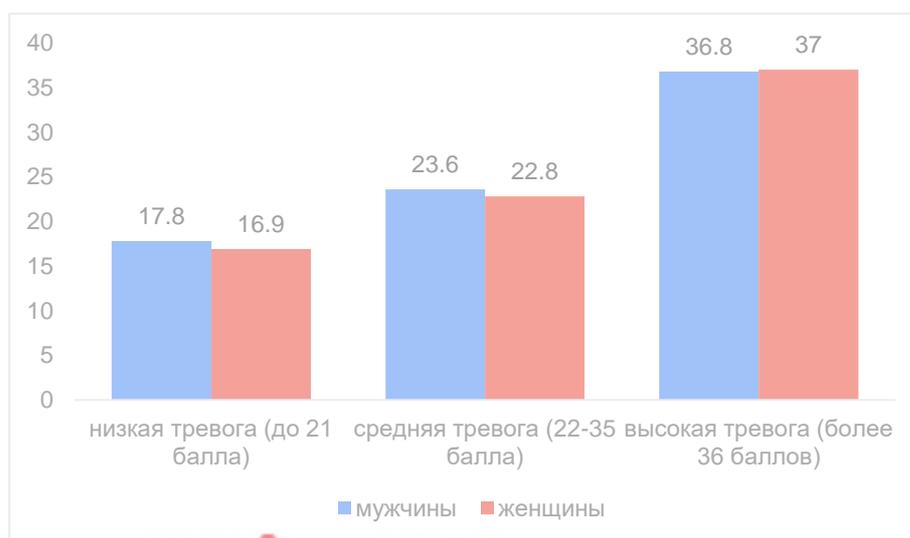


Рис. 9. Сравнение выборок женщин и мужчин по уровню оценок тревоги, баллы

Сравнивая уровни оценок тревоги мужчин и женщин, согласно данным рисунка 9, видно, что в обеих группах преобладает низкий уровень тревоги.

Представим результаты исследования депрессивных тенденций в выборке (рис 10).

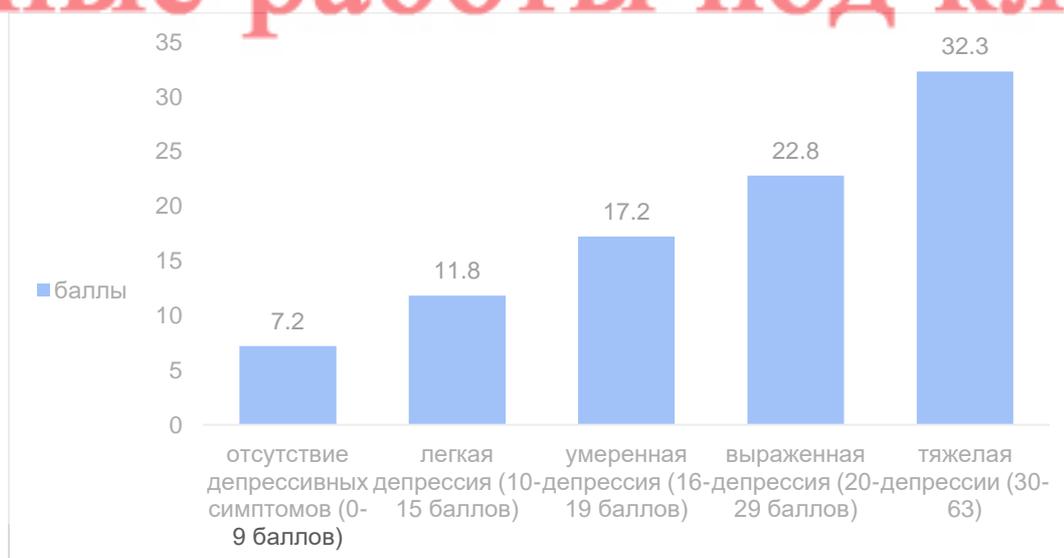


Рис. 10. Распределение выборки по уровню оценок депрессии, баллы

Из данных рисунка 10 можно сделать вывод, что у 78% респондентов отмечается отсутствие депрессивных симптомов. Лишь 9% отметили у себя признаки легкой депрессии, а у 9% была определена выраженная депрессия, у 1,8%- тяжелая депрессия - им было рекомендовано обратиться к специалисту.

Половое различие оценок тревоги представлено на рисунках 11-12.



Рис. 11. Распределение выборки мужчин по уровню оценок депрессии баллы

Среди мужчин отмечается отсутствие депрессивных симптомов в 78% случаев. Однако, 8,6% отметили у себя признаки легкой депрессии, у 8,6% выраженная депрессия, 4,3% мужчин – тяжелая депрессия.

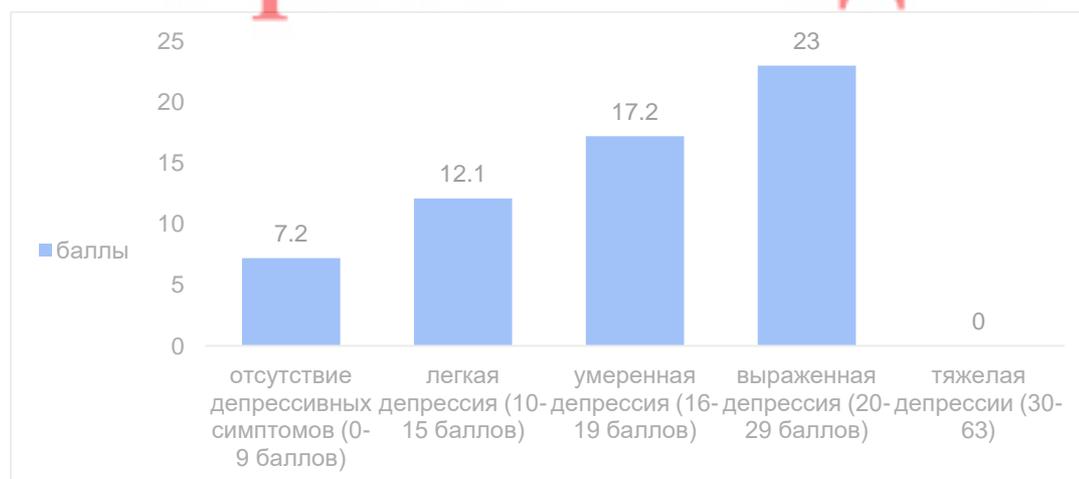


Рис. 12. Распределение выборки женщин по уровню оценок депрессии, баллы

Согласно данным рисунка 12, видно, что среди женщин отмечается отсутствие депрессивных симптомов в 78% случаев. Однако, 9,3% отметили у себя признаки легкой депрессии, у 3,1% женщин отмечается выраженная депрессия, 9,3% женщин – тяжелая депрессия.

Сравнение оценок тревоги в выборках мужчин и женщин представлено на рисунке 13.

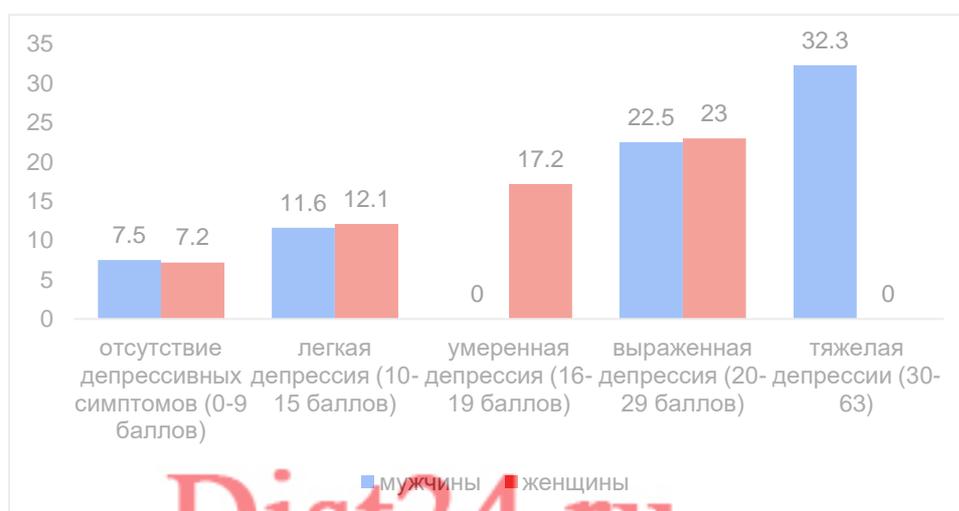


Рис. 13. Сравнение выборок женщин и мужчин по уровню оценок депрессии, баллы

Сравнивая уровни оценок депрессии мужчин и женщин, согласно данным рисунка 13, видно, что в обеих группах у большинства отмечается отсутствие депрессивных симптомов. Однако, в обеих группах есть респонденты с признаками легкой, выраженной и тяжелой депрессией.

Сравним выраженность оценок тревоги и депрессии у мужчин и женщин при помощи U-критерия Манна-Уитни (таблица 1, приложение 2).

Применение статистического критерия Манна-Уитни при сравнении оценок своих негативных аффективных состояний показало:

**Результаты сравнительного анализа данных мужчин и женщин по оценкам негативных аффективных состояний ( $n_1=32$ ,  $n_2=23$ )**

Шкалы и показатели	Uэмп	P
Тревога	261	0,05
Депрессия	328	0,002

Из данных таблицы 1 видно, что существуют значимые различия при  $p=0,05$  в уровне тревоги между мужчинами и женщинами.

Представим результаты исследования неосознаваемого образа тела. Испытуемым предлагалось оценить размеры частей своего тела, после чего делались реальные замеры. Сравнивалась оценка представления о размере части своего тела испытуемого с реальным размером. В таблице 2 представлены искажения восприятия физического образа Я у испытуемых.

Таблица 2

**Искажения восприятия образа тела у испытуемых**

	Искажение в сторону увеличения	Искажение в сторону уменьшения	Нет искажений
Ширина головы	83,6%	14,5%	1,8%
Длина головы	81,9%	14,5%	3,6%
Ширина шеи	47,4%	49%	3,6%
Длина шеи	63,7%	34,5%	1,8%
Ширина плеч	40,1%	58,1%	1,8%
Ширина грудной клетки	29,2%	61,8%	9%
Ширина талии	29,2%	61,8%	9%
Ширина бедер	60,1%	38,1%	1,8%
Длина руки	52,8%	47,2%	0%
Длина кисти	45,6%	49%	5,4%
Длина ноги	61%	38,1%	1,8%
Длина ступни	43,6%	54,5%	1,8%

Согласно данным таблицы 2 очевидно, что в выборке отмечаются

искажения как в сторону восприятия более увеличенного размера частей тела, так и в сторону уменьшения. Так например, ширина и длина головы, длина шеи, ширина бедер, длина руки и ноги воспринимаются испытуемыми больше своего реального размера. А такие части тела, как ширина шеи, плеч, грудной клетки, талии, длина ступни и кисти, воспринимаются большинством респондентов меньшими по сравнению с реальными размерами.

Проанализируем восприятие своего образа тела у женщин (таблица 3).

Таблица 3

**Искажения восприятия образа тела у женщин**

	<b>Искажение в сторону увеличения</b>	<b>Искажение в сторону уменьшения</b>	<b>Нет искажений</b>
Ширина головы	84,3%	15,6%	0%
Длина головы	90,6%	9,3%	0%
Ширина шеи	43,7%	53,1%	3,1%
Длина шеи	65,6%	34,3%	0%
Ширина плеч	31,2%	65,6%	3,1%
Ширина грудной клетки	31,3%	59,3%	9,3%
Ширина талии	31,2%	65,6%	3,1%
Ширина бедер	59,4%	37,5%	3,1%
Длина руки	46,8%	53,1%	0%
Длина кисти	46,9%	50%	3,1%
Длина ноги	62,5%	37,5%	0%
Длина ступни	43,7%	53,1%	3,1%

Согласно данным таблицы 3 заметно, что у женщин отмечаются искажения в сторону восприятия более увеличенного размера таких частей тела, так ширина и длина головы, длина шеи, ширина бедер, длина ноги. Остальные части тела воспринимаются женщинами, как меньшие по сравнению с реальными размерами.

Проанализируем восприятие своего образа тела у мужчин (таблица 4).

**Искажения восприятия образа тела у мужчин**

	<b>Искажение в сторону увеличения</b>	<b>Искажение в сторону уменьшения</b>	<b>Нет искажений</b>
Ширина головы	82,6%	13%	4,3%
Длина головы	69,6%	21,7%	8,6%
Ширина шеи	52,2%	43,4%	4,3%
Длина шеи	60,9%	34,7%	4,3%
Ширина плеч	52,2%	47,8%	0%
Ширина грудной клетки	26,2%	65,2%	8,6%
Ширина талии	26,7%	56,5%	17,3%
Ширина бедер	61%	39%	0%
Длина руки	61%	39%	0%
Длина кисти	43,5%	47,8%	8,6%
Длина ноги	56,7%	39%	4,3%
Длина ступни	43,5%	56,5%	0%

Согласно данным таблицы 4 очевидно, что у мужчин отмечаются большинство искажений в сторону увеличения размеров почти всех замеренных частей тела. Меньшими по сравнению с реальными размерами мужчины отметили ширину талии, длину кисти, длину ступни. Возможно это связано с бессознательным желанием выглядеть больше, чем есть на самом деле.

Представим расчеты по значимости различий между выборками мужчин и женщин по степени искажения восприятия своего тела по Манна-Уитни (таблица 5, приложение 2).

Таблица 5

**Результаты сравнительного анализа мужчин и женщин по размерам искажения восприятия своего тела ( $n_1=32$ ,  $n_2=23$ )**

<b>Шкалы и показатели</b>	<b>U эмп</b>	<b>P</b>
Ширина головы	288	0,09
Длина головы	303	0,002
Ширина шеи	343,5	0,003

## Продолжение таблицы 5

Шкалы и показатели	U эмп	P
Длина шеи	339	0,006
Ширина плеч	289	0,004
Ширина грудной клетки	347	0,08
Ширина талии	342,5	0,006
Ширина бедер	340,5	0,009
Длина руки	322,5	0,085
Длина кисти	342	0,008
Длина ноги	354	0,007
Длина ступни	320,5	0,008

Анализ проведенного статистического анализа различий показал, что не существует существенных различий в искажениях размера восприятия своих частей тела у мужчин и женщин. То есть размеры искажений как в сторону увеличения, так и в сторону уменьшения у мужчин и женщин численно не отличаются.

Для оценки связи отношения к своей внешности с негативными аффективными состояниями был осуществлён корреляционный анализ (таблица 6).

Таблица 6

**Связь отношения к своей внешности с негативными аффективными состояниями(n=55)**

Показатель	тревога	депрессия
Ширина головы	0,210	0,223
Длина головы	0,258	0,125
Ширина шеи	0,028	0,058
Длина шеи	0,006	-0,065
Ширина плеч	0,319*	0,398**
Ширина грудной клетки	0,345**	0,432**
Ширина талии	-0,059	0,091

Продолжение таблицы 6

Показатель	тревога	депрессия
Ширина бедер	0,199	0,357**
Длина руки	0,199	0,401**
Длина кисти	-0,04407	-0,039
Длина ноги	0,263	0,097
Длина ступни	0,347**	0,244

Значимость при  $p=0,05^*$ , значимость при  $p=0,01^{**}$

Анализ взаимосвязей, согласно таблице 6, показал наличие значимых связей между тревогой и шириной плеч ( $r=0,319$ ), шириной грудной клетки ( $r=0,345$ ), длиной ступни ( $r=0,347$ ).

Депрессивные симптомы взаимосвязаны с шириной плеч ( $r=0,398$ ), шириной грудной клетки ( $r=0,432$ ), шириной бедер ( $r=0,357$ ), длиной руки ( $r=0,401$ ).

Значимые корреляционные связи отражены на рисунке 14.



Рис. 14. Корреляционные плеяды искажения восприятия частей тела и негативных аффективных состояний

Более подробный анализ связи по видам негативных аффективных состояний и восприятием своего образа тела представлен в таблице 7-8.

**Связь своего образа тела с негативными аффективными состояниями (n=55)**

Показатель	Печаль	Пессимизм	Ощущение неудовлетворенности собой	Чувство вины	Ощущение наказанности	Самоотрицание	Самобичевание	Суицидальные мысли	Слезливость	Раздражительность	Социальная отчужденность	Нерешительность	Восприятие тела	Работоспособность	Бессонница	Утомляемость	Потеря аппетита	Потеря веса	Озабоченность состоянием	Потеря сексуального
Ширина головы	0,102	0,280*	0,116	-0,075	0,291*	-0,065	0,283*	0,254	0,149	0,253	0,1104	0,238	0,128	0,369*	-0,113	0,207	0,089	0,003	0,005	-0,042
Длина головы	-0,028	0,010	0,028	-0,034	0,256	0,023	0,122	0,208	-0,021	0,279*	0,096	0,010	0,000	0,100	0,029	0,156	0,016	-0,094	0,063	0,056
Ширина шеи	-0,082	0,072	0,057	0,138	0,046	-0,184	-0,194	0,023	0,319*	0,144	0,035	0,047	0,042	0,209	-0,067	0,004	0,065	0,128	-0,015	-0,210
Длина шеи	-0,034	0,065	0,016	0,073	0,051	0,063	0,009	0,033	0,075	0,003	0,136	0,089	0,007	0,012	0,023	0,017	0,041	0,014	0,052	-0,180
Ширина плеч	0,233	0,443*	0,318*	0,334*	0,266*	0,316	0,288*	0,370*	0,186	0,103	0,075	0,328*	0,380*	0,428*	0,011	0,384*	0,077	0,016	0,053	0,025
Ширина грудной	0,121	0,391*	0,415*	0,284*	0,301*	0,029	0,398*	0,388*	0,208	0,229	0,121	0,092	0,051	0,027	0,141	0,362*	0,264	-0,002	0,033	0,025
Ширина талии	-0,035	0,206	0,047	0,057	0,005	0,180	0,002	0,021	0,241	0,054	0,070	-0,049	0,077	-0,086	0,219	0,228	0,002	0,050	0,184	0,153
Ширина бедер	0,100	0,391*	0,256	0,235	0,287	0,129	0,361	0,258	0,111	0,155	0,068	0,384*	0,289*	0,321*	0,071	0,437*	0,125	-0,121	0,220	0,103
Длина руки	0,161	0,047	0,081	0,152	0,207	0,301*	0,209	0,314*	0,286*	0,046	0,165	0,289*	0,352*	0,317	0,263	0,399*	0,248	0,085	0,068	0,226

## Продолжение таблицы 7

Показатель	Печаль	Пессимизм	Ощущение несостоятельности	Неудовлетворённость собой	Чувство вины	Ощущение наказанности	Самоогризание	Самообвинение	Суицидальные мысли	Слезливость	Раздражительность	Социальная отчуждённость	Нерешительность	Восприятие тела	Работоспособность	Бессонница	Утомляемость	Потеря аппетита	Потеря веса	Озабоченность состоянием	Потеря сексуального влечения
Длина кисти	0,103	0,250	0,249	0,154	0,039	0,052	0,187	0,185	0,030	0,002	0,017	0,126	0,138	0,176	0,022	0,189	0,065	0,054	0,149	0,033	0,026
Длина ноги	0,068	0,006	0,031	0,027	0,049	0,039	0,080	0,119	0,145	0,159	0,305*	0,202	0,092	0,083	0,028	0,010	0,027	0,080	0,230	0,019	0,175
Длина ступни	0,191	0,186	0,085	0,092	0,189	0,119	0,175	0,178	0,325*	0,086	0,147	0,125	0,130	0,103	0,101	0,064	0,214	0,069	0,023	0,028	0,180

Значимость при  $p=0,05^*$ , значимость при  $p=0,01^{**}$

В ходе анализа полученных данных корреляционного анализа получены следующие значимые взаимосвязи:

- искажения восприятия размера ширины головы коррелирует с негативными чувствами вины ( $r=0,291$ ), самоотрицанием ( $r=0,283$ ), и качеством работоспособность ( $r=0,369$ );

- искажения восприятия размера длина головы коррелирует с суицидальными мыслями ( $r=0,293$ ),

- искажения восприятия размера ширины плеч коррелирует с пессимизмом ( $r=0,443$ ), ощущением несостоятельности ( $r=0,381$ ), неудовлетворённостью собой ( $r=0,343$ ), чувством вины ( $r=0,266$ ), самообвинением ( $r=0,370$ ), суицидальными мыслями ( $r=0,423$ ), нерешительностью ( $r=0,328$ ), восприятием тела ( $r=0,380$ ), работоспособностью ( $r=0,428$ ), утомляемостью ( $r=0,384$ ),

- искажения восприятия размера ширины грудной клетки коррелирует с пессимизмом ( $r=0,391$ ), ощущением несостоятельности ( $r=0,415$ ), неудовлетворённостью собой ( $r=0,284$ ), чувством вины ( $r=0,401$ ),

самообвинением ( $r=0,398$ ), суицидальными мыслями ( $r=0,388$ ), нерешительностью ( $r=0,358$ ), утомляемостью ( $r=0,362$ ),

- искажения восприятия размера ширины бедер коррелирует с пессимизмом ( $r=0,319$ ), нерешительностью ( $r=0,384$ ), восприятием тела ( $r=0,289$ ), работоспособностью ( $r=0,312$ ), утомляемостью ( $r=0,437$ ),

- искажения восприятия размера длины руки коррелирует с ощущением наказанности ( $r=0,301$ ), самообвинением ( $r=0,314$ ), суицидальными мыслями ( $r=0,386$ ), нерешительностью ( $r=0,289$ ), восприятием тела ( $r=0,352$ ), утомляемостью ( $r=0,399$ ),

- искажения восприятия размера длины ноги коррелирует с раздражительностью ( $r=0,305$ ),

- искажения восприятия размера длины ступни коррелирует с суицидальными мыслями ( $r=0,325$ ).

Отметим, что все полученные связи положительные, т.е. чем большее искажение восприятия размера собственных частей тела отмечается, тем больше проявление негативных эмоций у человека (суицидальные мысли, раздражительность, самообвинение, чувство вины) и тем выше работоспособность.

Dist24.ru  
ТГ. @student\_help24\_bot  
Учебные работы под ключ!

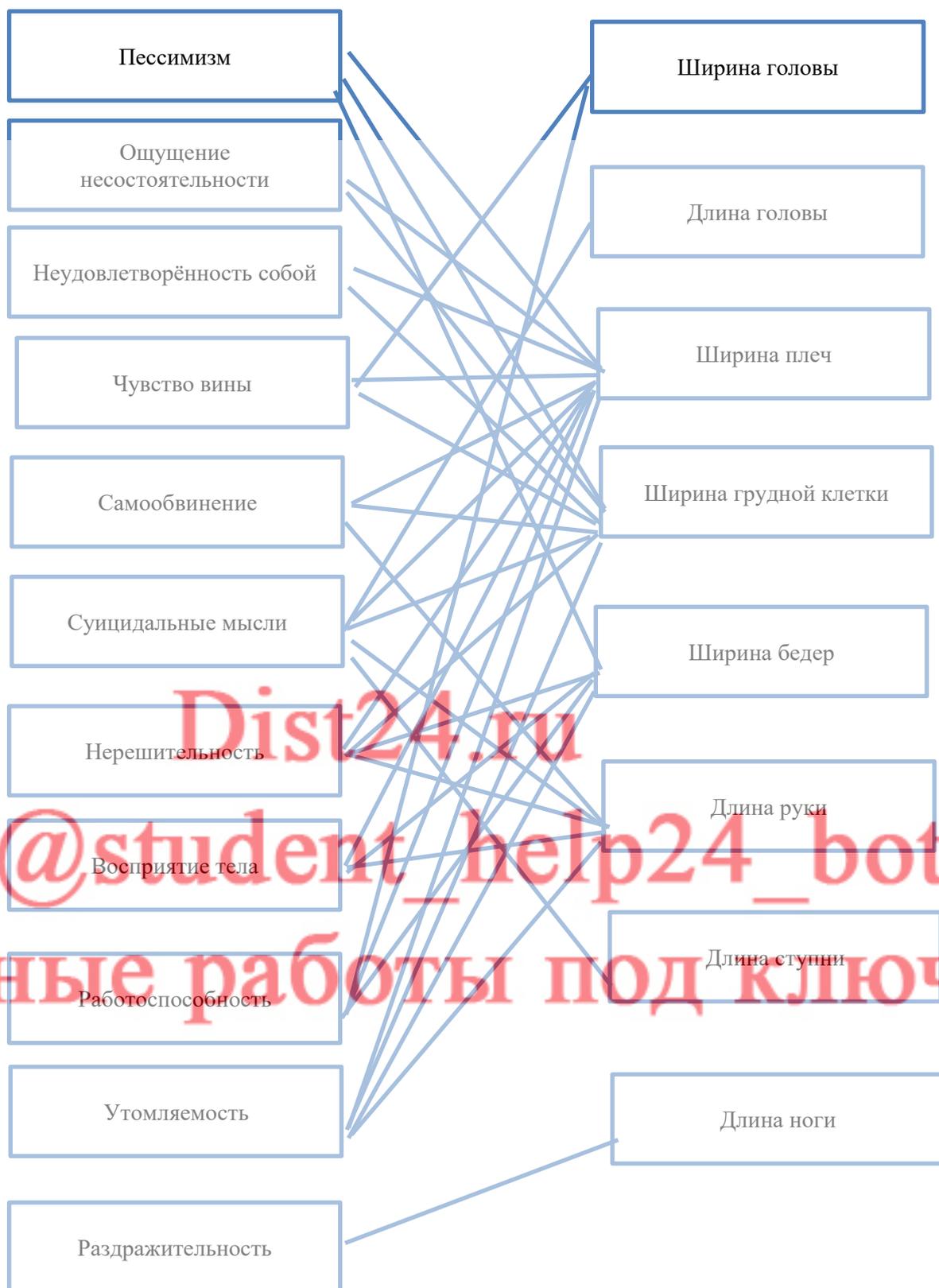


Рис. 15 Корреляционные плеяды искажения восприятия частей тела и негативных аффективных состояний

**Связь своего образа тела с негативными аффективными состояниями (n=55)**

Показатель	Ширина головы	Длина головы	Ширина шеи	Длина шеи	Ширина плеч	Ширина грудной	Ширина талии
Ощущение онемения или окалывание в	0,189	0,248	0,074	0,046	0,357**	0,223	0,045
Ощущение жары	0,154	0,420*	0,034	0,106	0,210	0,286*	0,078
Дрожь в ногах	0,121	0,204	0,091	0,086	0,265	0,120	0,056
Неспособность расслабиться	0,059	0,047	0,021	0,237	0,208	0,214	0,117
Страх, что произойдёт самое плохое	0,021	0,069	0,002	0,043	0,091	0,177	0,157
Головокружение или ощущение лёгкости в	0,216	0,370*	0,011	0,117	0,151	0,301	0,157
Ускоренное сердцебиение	0,141	0,198	0,105	0,063	0,358**	0,338	0,052
Неустойчивость	0,383*	0,236	0,153	0,071	0,467*	0,141	0,079
Ощущение ужаса	0,003	0,042	0,054	0,006	0,154	0,149	0,156
Нервозность	0,218	0,228	0,017	0,048	0,172	0,309	0,138
Дрожь в руках	0,106	0,060	0,036	0,028	0,040	0,149	0,032
Ощущение удущья	0,003	0,065	0,075	0,026	0,136	0,177	0,044
Шаткость походки	0,149	0,150	0,066	0,070	0,186	0,158	0,084
Страх утраты контроля	0,246	0,180	0,272*	0,003	0,151	0,268*	0,106
Затруднёность дыхания	0,226	0,159	0,003	0,161	0,237	0,201	0,097
Страх смерти	0,063	0,056	0,110	0,116	0,053	0,003	0,023
Усиление потоотделения (не связанное с испуг	0,037	0,067	0,105	0,161	0,231	0,231	0,030
Испуг	0,191	0,240	0,070	0,188	0,208	0,170	0,075
Желудочно-кишечные расстройства	0,066	0,240	0,048	0,089	0,138	0,058	0,129
Обмороки	0,024	0,175	0,084	0,091	0,152	0,182	0,178
Приливы крови к лицу	0,110	0,166	0,011	0,128	0,210	0,113	0,030

Продолжение таблицы 8

Показатель	Ширина бедер	Длина руки	Длина кисти	Длина ноги	Длина ступни
Ощущение онемения или	0,234	0,302*	0,120	0,200	0,217
Ощущение жары	0,207	0,264	0,056	0,181	0,348
Дрожь в ногах	0,166	0,291*	0,124	0,175	0,361*
Неспособность расслабиться	0,159	0,194	0,032	0,134	0,110
Страх, что произойдет самое	0,075	0,165	0,037	0,065	0,240
Головокружение или ощущение	0,086	0,129	0,154	0,133	0,315
Ускоренное сердцебиение	0,163	0,203	0,069	0,172	0,198
Неустойчивость	0,139	0,135	0,188	0,244	0,314*
Ощущение ужаса	0,073	0,003	0,187	0,125	0,180
Нервозность	0,113	0,203	0,084	0,128	0,159
Дрожь в руках	0,088	0,215	0,050	0,074	0,330
Ощущение удущья	0,018	0,112	0,009	0,111	0,304
Шаткость походки	0,219	0,477*	0,158	0,220	0,245
Страх утраты контроля	0,190	0,145	0,054	0,161	0,272
Затрудненность дыхания	0,068	0,114	0,056	0,292	0,343
Страх смерти	0,038	0,027	0,125	0,105	0,151
Усиление потоотделения (не	0,246	0,127	0,119	0,078	0,032
Испуг	0,176	0,173	0,102	0,174	0,177
Желудочно-кишечные	0,038	0,064	0,100	0,058	0,085
Обмороки	0,104	0,104	0,036	0,102	0,193
Приливы крови к лицу	0,208	0,182	0,094	0,140	0,237

Значимость при  $p=0,05^*$ , значимость при  $p=0,01^{**}$

В ходе анализа полученных данных корреляционного анализа получены следующие значимые связи:

-искажения восприятия размера ширины головы коррелирует с неустойчивостью ( $r=0,383$ );

- искажения восприятия размера длина головы коррелирует с ощущением жары ( $r=0,402$ ),

- искажения восприятия размера ширины шеи коррелирует со страхом утраты контроля ( $r=0,272$ ),

- искажения восприятия размера ширины плеч коррелирует с

ощущением онемения ( $r=0,357$ ), ускоренным сердцебиением ( $r=0,358$ ), неустойчивостью ( $r=0,467$ ),

- искажения восприятия размера ширины грудной клетки коррелирует с ощущением жары ( $r=0,286$ ), страхом потери контроля ( $r=0,268$ ),

- искажения восприятия размера длины руки коррелирует с чувством онемения ( $r=0,302$ ), дрожью в ногах ( $r=0,291$ ), шаткостью походки ( $r=0,477$ ),

- искажения восприятия размера длины ступни коррелирует с ощущением жары ( $r=0,348$ ) и дрожью в ногах ( $r=0,361$ ).

Значимые связи отражены графически рисунок 16.



**Рис. 16 Корреляционные плеяды искажения восприятия частей тела и негативных аффективных состояний**

Представим результаты корреляционного анализа связи своего образа

тела с негативными аффективными состояниями в группе мужчин (таблица 9,10).

Таблица 9

Связь своего образа тела с негативными аффективными состояниями у мужчин (n=23)

Показатель	тревога	депрессия
Ширина головы	0,499*	0,589**
Длина головы	0,400	0,203
Ширина шеи	0,199	0,323
Длина шеи	0,248	-0,044
Ширина плеч	0,596**	0,629**
Ширина грудной клетки	0,634**	0,592**
Ширина талии	0,057	0,099
Ширина бедер	0,554**	0,674**
Длина руки	0,638**	0,562**
Длина кисти	-0,237	-0,247
Длина ноги	0,596**	0,199
Длина ступни	0,653**	0,405

Значимость при  $p=0,05$  \*, значимость при  $p=0,01$  \*\*

Анализ связей, согласно таблице 8, показал наличие значимых связей между тревогой и шириной головы ( $r=0,499$ ), шириной плеч ( $r=0,596$ ), шириной грудной клетки ( $r=0,634$ ), шириной бедер ( $r=0,554$ ), длиной рук ( $r=0,638$ ), длиной ноги ( $r=0,596$ ), длиной ступни ( $r=0,653$ ).

Депрессивные симптомы у мужчин связаны с шириной головы ( $r=0,589$ ), шириной плеч ( $r=0,629$ ), шириной грудной клетки ( $r=0,592$ ), шириной бедер ( $r=0,674$ ), длиной руки ( $r=0,562$ ).

Значимые корреляционные связи отражены на рисунке 17.

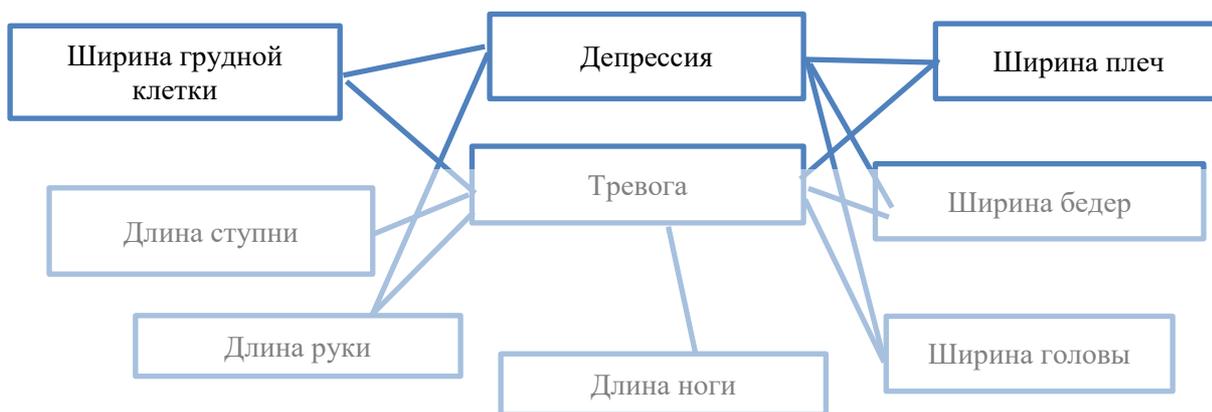


Рис. 17 Корреляционные плеяды искажения восприятия частей тела и негативных аффективных состояний в выборке мужчин

Таблица 10

Связь своего образа тела с негативными аффективными состояниями у мужчин (n=23)

Показатель	Печаль	Пессимизм	Ощущение несостоятельности	Неудовлетворённость собой	Чувство вины	Ощущение несказанности	Самоотрицание	Самообвинение	Суицидальные мысли	Слезливость	Раздражительность	Социальная отчуждённость	Нерешительность	Восприятие тела	Работоспособность	Бессонница	Утомляемость	Потеря аппетита	Потеря веса	Озабоченность состоянием	Потеря сексуального влечения
Ширина грудной клетки	0,35	0,45*	0,01	0,435*	0,502	0,200	0,627*	0,431*	0,489*	0,207	0,392	0,108	0,653*	0,497*	0,632*	0,031	0,595*	0,306	0,102	0,094	0,004
Длина головы	0,176	0,147	0,120	0,216	0,374	0,190	0,312	0,352	0,535*	0,164	0,202	0,037	0,169	0,085	0,158	0,077	0,277	0,191	0,290	0,034	0,077
Ширина шеи	0,072	0,402	0,197	0,158	0,215	0,174	0,342	0,162	0,286	0,265	0,125	0,104	0,403	0,333	0,498*	0,013	0,325	0,341	0,232	0,079	0,140
Длина шеи	0,042	0,037	0,045	0,031	0,030	0,120	0,085	0,002	0,262	0,080	0,068	0,009	0,069	0,025	0,102	0,229	0,037	0,055	0,334	0,132	0,055
Ширина плеч	0,388	0,571*	0,014	0,485*	0,530*	0,313	0,732*	0,601*	0,574*	0,270	0,327	0,132	0,572*	0,707*	0,682*	0,115	0,540*	0,322	0,039	0,143	0,043

## Продолжение таблицы 10

Показатель	Печаль	Пессимизм	Ощущение несостоятельности	Неудовлетворённость собой	Чувство вины	Ощущение несазанности	Самоотрицание	Самообвинение	Суицидальные мысли	Слезивость	Раздражительность	Социальная отчуждённость	Нерешительность	Восприятие тела	Работоспособность	Бессонница	Утомляемость	Потеря аппетита	Потеря веса	Озабоченность состоянием	Потеря сексуального влечения
Ширин а грудно й клетки	0,17 6	0,44 *	0,46 *	0,42 *	0,45 *	0,00 4	0,65 *	0,56 *	0,46 *	0,30 6	0,43 *	0,22 2	0,08 5	0,68 *	0,62 *	0,28 3	0,47 *	0,00 9	0,03 8	-	0,01 3
Ширин а тал ии	0,06 7	0,05	0,10 3	0,04 6	0,07 2	0,12 4	0,11 5	0,12 5	0,05 0	0,05 0	0,63	0,25 5	0,08 6	0,16 9	0,12 2	0,09 6	0,13 4	0,17	0,34 1	0,20 9	0,35 2
Ширин а бед ер	0,27 5	0,49 *	0,58 *	0,52 *	0,56 *	0,21 0	0,73 *	0,53 *	0,63 *	0,22 3	0,30 8	0,17 6	0,74 9	0,54 *	0,66 *	0,22 5	0,71 *	0,32 9	0,04 0	0,14 8	0,21 6
Длина рук и	0,25 5	0,38 2	0,32 1	0,20 5	0,32 5	0,28 2	0,55 *	0,41 0	0,40 0	0,01 0	0,35 2	0,04 9	0,40 8	0,58 *	0,50 9	0,35 *	0,49 *	0,47 *	0,09 9	0,18 3	0,07 7
Длина кис ти	0,09 7	0,35 7	0,37 8	0,24 4	0,20 9	0,12 3	0,36 8	0,34 4	0,22 8	0,21 3	0,22 4	0,01 3	0,32 6	0,34 9	0,20 1	0,30 9	0,19	0,05	0,03 5	0,35 3	0,15 0
Длина ног и	0,27 9	0,08 1	0,21 2	0,25 5	0,10 8	0,11 0	0,26 4	0,18 6	0,19 5	0,14 7	0,24 7	0,11 0	0,10 9	0,39 8	0,08 2	0,00	0,15 3	0,13	0,29 8	0,25 0	0,19 8
Длина сту пни	0,40 2	0,30 2	0,29 0	0,26 9	0,41 *	0,25 5	0,49 *	0,37 2	0,46 1	0,06 7	0,19 7	0,19 9	0,24 6	0,33 1	0,41 *	0,17 3	0,41 *	0,13 5	0,00 6	0,01 3	0,03 5

Значимость при  $p=0,05^*$ , значимость при  $p=0,01^{**}$

Анализ полученных данных корреляционного анализа в выборке мужчин показал наличие следующих значимых взаимосвязей:

- искажения восприятия размера ширины головы коррелируют с

пессимизмом ( $r=0,545$ ), неудовлетворенностью ( $r=0,435$ ), самоотрицанием ( $r=0,627$ ), самообвинением ( $r=0,432$ ), суицидальными мыслями ( $r=0,489$ ), нерешительностью ( $r=0,653$ ), восприятием тела ( $r=0,497$ ), работоспособностью ( $r=0,632$ ), утомляемостью ( $r=0,595$ ),

- искажения восприятия размера длина головы коррелирует с суицидальными мыслями ( $r=0,595$ ),

- искажения восприятия размера ширины шеи коррелирует с работоспособностью ( $r=0,498$ ),

- искажения восприятия размера ширины плеч коррелирует с пессимизмом ( $r=0,571$ ), неудовлетворённостью собой ( $r=0,485$ ), чувством вины ( $r=0,530$ ), самообвинением ( $r=0,601$ ), самоотрицанием ( $r=0,732$ ), суицидальными мыслями ( $r=0,574$ ), нерешительностью ( $r=0,522$ ), восприятием тела ( $r=0,540$ ), работоспособностью ( $r=0,666$ ), утомляемостью ( $r=0,540$ ),

- искажения восприятия размера ширины грудной клетки коррелирует с пессимизмом ( $r=0,442$ ), ощущением несостоятельности ( $r=0,463$ ), неудовлетворённостью собой ( $r=0,429$ ), чувством вины ( $r=0,458$ ), самоотрицанием ( $r=0,657$ ), самообвинением ( $r=0,561$ ), суицидальными мыслями ( $r=0,462$ ), раздражительностью ( $r=0,436$ ), восприятием тела ( $r=0,687$ ), работоспособностью ( $r=0,623$ ), утомляемостью ( $r=0,450$ ),

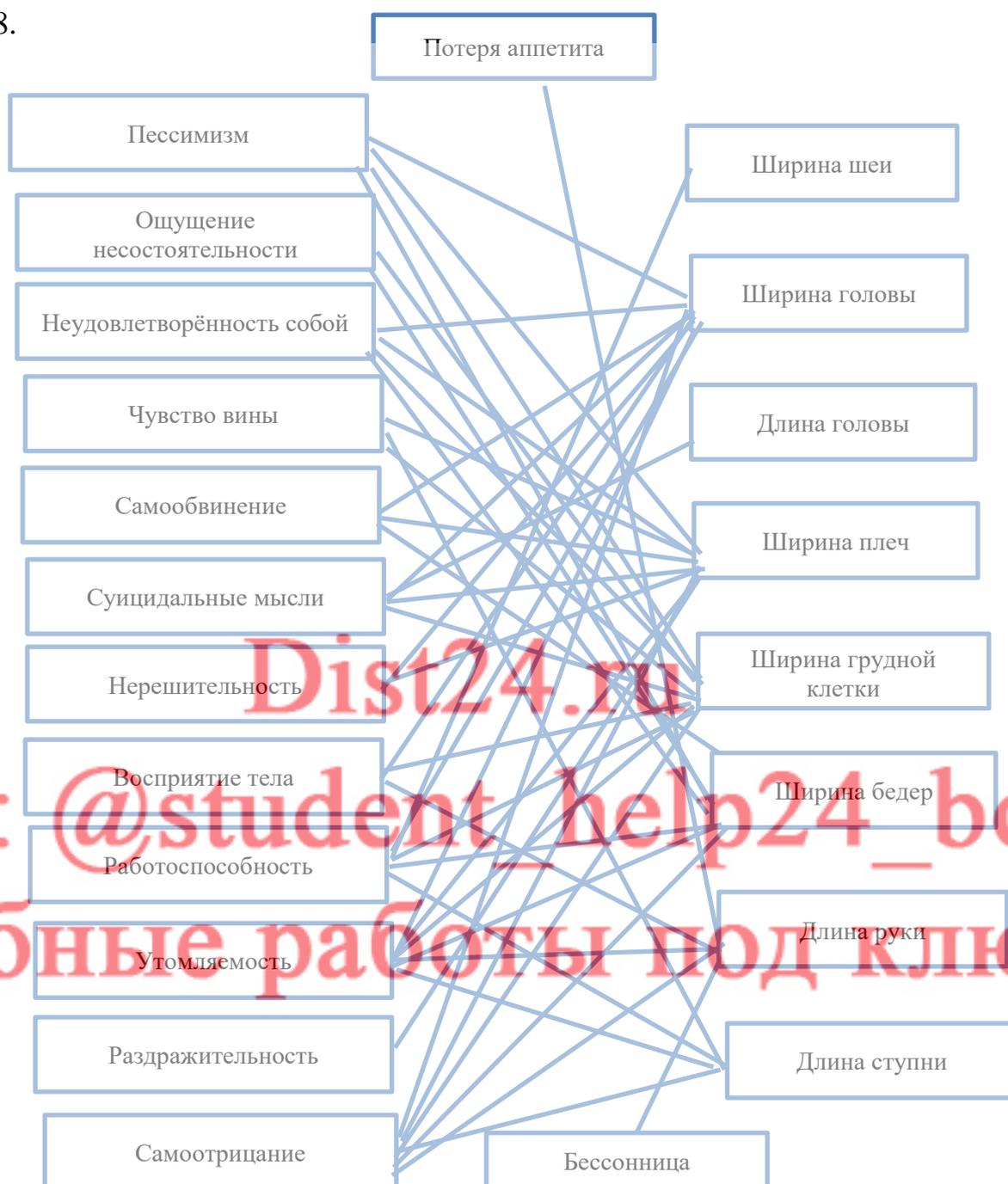
- искажения восприятия размера ширины бедер коррелирует с пессимизмом ( $r=0,496$ ), ощущением несостоятельности ( $r=0,586$ ), неудовлетворённостью собой ( $r=0,520$ ), самоотрицанием ( $r=0,736$ ), самообвинением ( $r=0,539$ ), суицидальными мыслями ( $r=0,603$ ), восприятием тела ( $r=0,289$ ), работоспособностью ( $r=0,312$ ), утомляемостью ( $r=0,716$ ),

- искажения восприятия размера длины руки коррелирует с самоотрицанием ( $r=0,555$ ), восприятием тела ( $r=0,352$ ), утомляемостью ( $r=0,399$ ), работоспособностью ( $r=0,585$ ), бессонницей ( $r=0,635$ ), утомляемостью ( $r=0,494$ ), потерей аппетита ( $r=0,447$ ),

- искажения восприятия размера длины ступни коррелирует с чувством

вины ( $r=0,418$ ), самоотрицанием ( $r=0,495$ ), работоспособностью ( $r=0,419$ ), утомляемостью ( $r=0,419$ ). Графически значимые связи отражены на рисунке

18.



**Рис. 18** Корреляционные плеяды искажения восприятия частей тела и негативных аффективных состояний в выборке мужчин

Таким образом, в выборке мужчин наибольшее число связей образа тела было выявлено по пессимизму, самоотрицанию, неудовлетворенности собой.

**Связь своего образа тела с негативными аффективными состояниями у мужчин (n=23)**

Показатель	Ощущение онемения или оскальвание в	Ощущение жары	Дрожь в ногах	Неспособность расслабиться	Страх, что произойдёт самое плохое	Головокружение или ощущение слабости в голове	Ускоренное сердцебиение	Неустойчивость	Ощущение ужаса	Нервознагь	Дрожь в руках	Ощущение удушья	Шаткость походки	Страх утраты контроля	Затруднёность дыхания	Страх смерти	Усиление потоотделения (не связанное с жарой)	Испуг	Желудочно-кишечные расстройства	Обмороки	Приливы крови к лицу
Ширина головы	0,522**	0,438*	0,361	0,312	0,141	0,314	0,365	0,525**	0,190	0,457	0,323	0,349	0,306	0,401	0,013	0,102	0,406	0,379	0,259	0,046	0,378
Длина головы	0,547**	0,496	0,395	0,004	0,192	0,401	0,313	0,392	0,076	0,059	0,209	0,246	0,206	0,198	0,193	0,097	0,271	0,384	0,505**	0,165	0,250
Ширина шеи	0,272	0,153	0,124	0,087	0,084	0,080	0,082	0,072	0,073	0,118	0,032	0,195	0,121	0,240	0,322	0,028	0,298	0,099	0,173	0,397	0,207
Длина шеи	0,305	0,382	0,245	0,038	0,103	0,303	0,225	0,308	0,205	0,035	0,111	0,208	0,249	0,008	0,095	0,140	0,065	0,116	0,345	0,048	0,299
Ширина плеч	0,597**	0,506*	0,358	0,350	0,268	0,445*	0,281	0,304	0,329	0,209	0,263	0,407	0,181	0,323	0,362	0,110	0,338	0,207	0,104	0,282	0,308
Ширина грудной клетки	0,508*	0,407	0,405	0,403	0,341	0,410	0,347	0,385	0,370	0,356	0,398	0,564*	0,584*	0,327	0,286	0,002	0,397	0,288	0,055	0,030	0,338
Ширина талии	0,005	0,083	0,019	0,0215	0,0147	0,0155	0,032	0,0098	0,0143	0,0090	0,0198	0,050	0,104	0,014	0,043	0,083	0,102	0,062	0,0313	0,0320	0,0087
Ширина бедер	0,475*	0,531*	0,294	0,408	0,207	0,330	0,389	0,622	0,308	0,373	0,309	0,402	0,331	0,316	0,338	0,011	0,389	0,290	0,284	0,350	0,355

## Продолжение таблицы 11

Показатель	Ощущение онемения или окалывание в теле	Ощущение жары	Дрожь в ногах	Неспособность расслабиться	Страх, что произойдёт самое плохое	Головокружение или ощущение лёгкости в <sup>голове</sup>	Ускоренное сердцебиение	Неустойчивость	Ощущение ужаса	Нервозность	Дрожь в руках	Ощущение удущья	Шаткость походки	Страх утраты контроля	Затруднённая дыхания	Страх смерти	Усиление потоотделения (не связанное с жарой)	Испуг	Желудочно-кишечные расстройства	Обмороки	Приливы крови к лицу
Дли на руки	0,361	0,401	0,438	0,360	0,311	0,354	0,321	0,354	0,082	0,353	0,366	0,300	0,314	0,329	0,470	0,383	0,403	0,178	0,286	0,398	0,323
Дли на кисти	0,353	0,197	0,131	0,138	0,089	0,112	0,280	0,301	0,364	0,326	0,024	0,106	0,219	0,176	0,349	0,067	0,026	0,071	0,151	0,365	0,168
Дли на ноги	0,351	0,393	0,368	0,383	0,313	0,315	0,328	0,305	0,354	0,335	0,415	0,408	0,644	0,410	0,382	0,126	0,299	0,343	0,088	0,401	0,342
Дли на ступни	0,322	0,381	0,353	0,312	0,343	0,311	0,406	0,496	0,375	0,280	0,342	0,369	0,434	0,385	0,339	0,239	0,452	0,431	0,269	0,406	0,395

Значимость при  $p=0,05^*$ , значимость при  $p=0,01^{**}$

В ходе анализа полученных данных корреляционного анализа получены следующие значимые связи:

-искажения восприятия размера ширины головы коррелирует с ощущением онемения ( $r=0,525$ ), неустойчивостью ( $r=0,525$ );

- искажения восприятия размера длина головы коррелирует с ощущением онемения ( $r=0,547$ ), желудочно-кишечные расстройства ( $r=0,505$ ),

- искажения восприятия размера ширины плеч коррелирует с ощущением онемения ( $r=0,597$ ), ощущение жары ( $r=0,506$ ), головокружением ( $r=0,455$ ),

- искажения восприятия размера ширины грудной клетки коррелирует с ощущением онемения ( $r=0,508$ ), ощущением жары ( $r=0,531$ ), шаткостью походки ( $r=0,584$ ),

- искажения восприятия размера ширины бедер коррелирует с чувством онемения ( $r=0,475$ ), дрожью в ногах ( $r=0,291$ ), шаткостью походки ( $r=0,477$ ),

- искажения восприятия размера длины руки коррелирует с дрожью в ногах ( $r=0,438$ ).

Значимые связи отражены графически рисунок 19.



Рис. 19 Корреляционные плеяды искажения восприятия частей тела и негативных аффективных состояний в выборке мужчин

**Связь своего образа тела с негативными и аффективными состояниями у женщин(n=31)**

Показатель	тревога	депрессия
Ширина головы	-0,106	-0,198
Длина головы	0,071	0,021
Ширина шеи	-0,141	-0,238
Длина шеи	-0,135	-0,085
Ширина плеч	0,071	0,144
Ширина грудной клетки	-0,205	0,124
Ширина талии	-0,134	0,092
Ширина бедер	-0,205	-0,049
Длина руки	0,037	0,249
Длина кисти	0,161	0,215
Длина ноги	0,088	0,040
Длина ступни	0,025	0,042

*Значимость при  $p=0,05^*$ , значимость при  $p=0,01^{**}$*

Анализируя полученные данные по корреляционному анализу в выборке женщин, можно отметить, что не было выявлено значимых связей между тревогой, депрессией и искажением восприятия своего образа тела.

Рассмотрим данный вопрос более подробно (таблица 11).

**Связь своего образа тела с негативными аффективными состояниями  
у женщин (n=31)**

Показатель	Печаль	Пессимизм	Общие несостоятельности	Неудовлетворённость собой	Чувство вины	Ощущение нескazanности	Самоотрицание	Самообвинение	Сунциальные мысли	Слезивость	Раздражительность	Социальная отчуждённость	Нерешительность	Восприятие тела	Работоспособность	Бессонница	Утомляемость	Потеря аппетита	Потеря веса	Озабоченность состоянием	Потеря сексуального влечения
Ширин гол	0,143	0,072	0,0323	0,523*	0,082	0,0274	0,0074	0,042	0,0222	0,276	0,030	0,103	0,225	0,0212	0,110	0,0246	0,282	0,0110	0,086	0,011	0,091
Длина гол	0,231	0,191	0,088	0,258	0,144	0,0117	0,0118	0,019	0,028	0,075	0,354*	0,154	0,173	0,148	0,069	0,158	0,031	0,180	0,053	0,071	0,025
Ширин шеи	0,263	0,376*	0,0329	0,412**	0,133	0,0197	0,0055	0,0148	0,0265	0,381*	0,165	0,142	0,362*	0,186	0,106	0,143	0,380*	0,192	0,054	0,055	0,0273
Длина шеи	0,027	0,151	0,001	0,125	0,064	0,0144	0,0063	0,0057	0,0158	0,609*	0,025	0,158	0,107	0,016	0,086	0,0227	0,007	0,091	0,072	0,029	0,0302
Ширин плеч	0,003	0,264	0,107	0,167	0,042	0,0333	0,0132	0,0067	0,0212	0,170	0,073	0,0034	0,015	0,0203	0,112	0,154	0,225	0,176	0,018	0,043	0,105
Ширин грудной клетки	0,026	0,290	0,0391	0,101	0,019	0,082	0,045	0,014	0,0175	0,088	0,063	0,001	0,002	0,0211	0,073	0,104	0,18	0,032	0,004	0,041	0,103
Ширин талии	0,015	0,442*	0,013	0,115	0,037	0,0207	0,0064	0,0089	0,0034	0,350*	0,113	0,016	0,026	0,0226	0,067	0,314	0,063	0,084	0,183	0,049	

## Продолжение таблицы 13

Показатель	Печаль	Пессимизм	Ощущение несостоятельности	Неудовлетворённость собой	Чувство вины	Ощущение несазанности	Самоотрицание	Самообвинение	Суицидальные мысли	Слезливость	Раздражительность	Социальная отчуждённость	Нерешительность	Восприятие тела	Работоспособность	Бессонница	Утомляемость	Потеря аппетита	Потеря веса	Озабоченность состоянием	Потеря сексуального влечения
Ширина бедер	-0,125	0,223	-0,147	-0,053	0,046	0,062	-0,048	-0,091	-0,206	0,008	0,018	-0,024	0,092	0,082	-0,104	-0,094	0,056	-0,090	-0,198	0,308	-0,006
Длина рук и кисти	0,038	0,313	0,248	0,092	0,088	0,317	-0,078	0,210	0,152	0,102	0,036	0,079	0,138	0,236	0,115	-0,059	0,320	0,076	0,088	0,059	0,194
Длина кисти	-0,095	-0,090	-0,099	-0,059	0,162	0,206	-0,004	0,033	0,233	0,197	0,167	0,249	0,105	-0,052	0,300	0,071	-0,001	0,119	0,307	0,141	0,373*
Длина ног и ступни	-0,062	-0,052	-0,180	-0,090	0,145	0,105	-0,073	-0,045	0,124	0,319	0,338	0,244	0,231	0,056	0,004	-0,016	-0,056	0,065	0,204	0,045	0,366*
Длина ступни	-0,158	-0,015	-0,182	-0,142	0,115	0,008	-0,166	-0,123	0,100	0,169	0,127	-0,071	-0,056	-0,036	0,118	-0,075	-0,058	0,015	-0,064	0,021	0,368*

Значимость при  $p=0,05^*$ , значимость при  $p=0,01^{**}$

Анализ полученных данных корреляционного анализа в выборке женщин показал наличие следующих значимых связей:

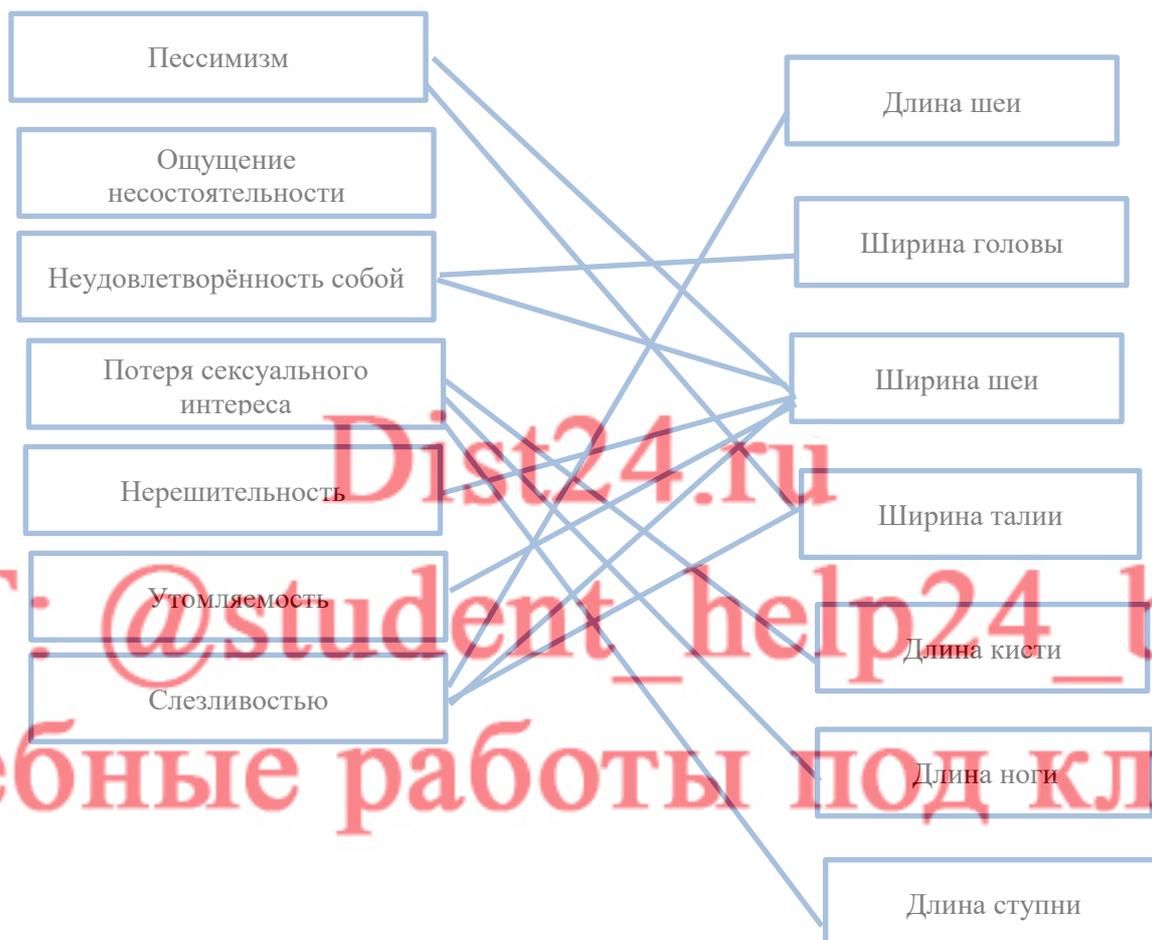
- искажения восприятия размера ширины головы коррелирует с неудовлетворенностью собой ( $r=0,523$ ),
- искажения восприятия размера ширины шеи коррелирует с пессимизмом ( $r=0,376$ ), неудовлетворенностью собой ( $r=0,412$ ), слезливостью ( $r=0,381$ ), нерешительностью ( $r=0,362$ ), утомляемостью ( $r=0,380$ ),
- искажения восприятия размера длины шеи коррелирует со слезливостью ( $r=0,609$ ),
- искажения восприятия размера ширины талии коррелирует с

пессимизмом ( $r=0,442$ ), слезливостью ( $r=0,350$ ),

- искажения восприятия размера длины кисти коррелирует с потерей сексуального интереса ( $r=0,373$ ),

- искажения восприятия размера длина ноги коррелирует с потерей сексуального интереса ( $r=0,366$ ),

- искажения восприятия размера длины стопы коррелирует с потерей сексуального интереса ( $r=0,368$ ).



**Рис. 20** Корреляционные плеяды искажения восприятия частей тела и негативных аффективных состояний в выборке женщин

Таким образом, в выборке женщин наибольшее число связей искажения восприятия своего образа тела было выявлено по пессимизму, неудовлетворенностью собой, потерей сексуального интереса.

**Связь своего образа тела с негативными аффективными состояниями у женщин (n=31)**

Показатель	Ощущение онемения или окалывание в теле	Ощущение жары	Дрожь в ногах	Неспособность расслабиться	Страх, что произойдёт самое плохое	Головокружение или ощущение лёгкости в голове	Ускоренное сердцебиение	Неустойчивость	Ощущение ужаса	Нервозность	Дрожь в руках	Ощущение удушья	Шаткость походки	Страх утраты контроля	Загруженность дыхания	Страх смерти	Усиление потоотделения (не связанное с жарой)	Испуг	Желудочно-кишечные расстройства	Обмороки	Приливы крови к лицу
Ширина головы	0,104	0,202	0,199	0,220	0,159	0,235	0,152	0,224	0,147	0,050	0,079	0,131	0,008	0,068	0,031	0,009	0,352	0,023	0,070	0,069	0,144
Длина головы	0,008	0,340	0,004	0,153	0,167	0,238	0,010	0,123	0,143	0,154	0,079	0,052	0,150	0,121	0,121	0,097	0,187	0,113	0,046	0,167	0,079
Ширина шеи	0,106	0,119	0,032	0,118	0,322	0,050	0,308	0,042	0,161	0,058	0,096	0,024	0,012	0,023	0,160	0,190	0,057	0,042	0,213	0,040	0,031
Длина шеи	0,223	0,079	0,026	0,204	0,134	0,018	0,257	0,102	0,085	0,054	0,096	0,027	0,044	0,001	0,187	0,108	0,284	0,235	0,268	0,129	0,042
Ширина плеч	0,127	0,204	0,005	0,135	0,055	0,085	0,203	0,089	0,008	0,283	0,172	0,015	0,067	0,050	0,159	0,042	0,011	0,196	0,167	0,074	0,072
Ширина грудной клетки	0,064	0,200	0,131	0,010	0,088	0,198	0,087	0,244	0,192	0,043	0,266	0,124	0,196	0,173	0,086	0,006	0,204	0,020	0,258	0,241	0,046
Ширина талии	0,067	0,209	0,112	0,064	0,104	0,349	0,068	0,073	0,164	0,160	0,055	0,073	0,082	0,165	0,117	0,002	0,008	0,084	0,048	<b>0,382*</b>	0,095

## Продолжение таблицы 14

Показатель	Ощущение онемения или окалывание в теле	Ощущение жары	Дрожь в ногах	Неспособность расслабиться	Страх, что произойдёт самое плохое	Головокружение или ощущение лёгкости в голове	Ускоренное сердцебиение	Неустойчивость	Ощущение ужаса	Нервозность	Дрожь в руках	Ощущение удущья	Шаткость походки	Страх утраты контроля	Затруднённое дыхание	Страх смерти	Усиление потоотделения (не связанное с жарой)	Испуг	Желудочно-кишечные расстройства	Обмороки	Приливы крови к лицу
Ширина бедер	0,010	0,269	0,075	0,192	0,376*	0,178	0,112	0,118	0,149	0,102	0,129	0,207	0,054	0,055	0,185	0,070	0,086	0,005	0,016	0,016	0,005
Длина руки	0,086	0,012	0,042	0,002	0,043	0,086	0,148	0,209	0,065	0,105	0,108	0,039	0,072	0,128	0,007	0,181	0,143	0,160	0,085	0,025	0,068
Длина кисти	0,113	0,148	0,092	0,063	0,137	0,428	0,165	0,004	0,028	0,112	0,125	0,065	0,057	0,225	0,275	0,161	0,229	0,131	0,067	0,031	0,022
Длина ноги	0,026	0,048	0,060	0,008	0,051	0,256	0,030	0,073	0,029	0,243	0,093	0,013	0,062	0,065	0,220	0,105	0,226	0,089	0,046	0,028	0,067
Длина ступни	0,052	0,026	0,055	0,059	0,072	0,174	0,004	0,041	0,022	0,058	0,014	0,117	0,123	0,111	0,303	0,203	0,370*	0,137	0,081	0,181	0,154

Значимость при  $p=0,05^*$ , значимость при  $p=0,01^{**}$

В ходе анализа полученных данных корреляционного анализа получены следующие значимые связи:

- искажения восприятия размера ширины талии коррелирует с обмороками ( $r=0,382$ ),

- искажения восприятия размера ширины бедер коррелирует с страхом, что произойдет что-то плохое ( $r=0,376$ ),

- искажения восприятия размера длины ступни коррелирует с усиленным потоотделением ( $r=0,370$ ).

Графически значимые связи отражены на рисунке 21.



**Рис. 21 Корреляционные плеяды искажения восприятия частей тела и негативных аффективных состояний в выборке женщин**

Сравнивая полученные связи в выборке мужчин и женщин оказалось, что только в выборке мужчин отмечаются положительные связи между искажением восприятия тела и тревогой и депрессией, в выборке женщин данной связи не обнаружено, т.е. можем сказать, что у мужчин чем менее адекватная оценка своего образа тела, тем больше оценка негативных аффективных состояний.

В выборке женщин же была только выявлена положительная связь искажением восприятия тела и частными симптомами тревоги и депрессии.

Dist24.ru  
 ТГ: @student\_help24\_bot  
 Учебные работы под ключ!

## ВЫВОДЫ ПО ЭМПИРИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ

Проведенное эмпирическое исследование позволяет сделать следующие выводы:

1. оценка эмоционального состояния респондентов по стандартизированным методикам Бека показала, что в выборке преобладает низкий уровень тревоги у большинства респондентов – причем в выборке мужчин и женщин преобладает низкий уровень тревоги. Сравнение тревоги в выборке мужчин и женщин показало, что существуют различия при  $p=0,05$  – уровень тревоги выше в выборке женщин;

2. оценка депрессивных симптомов показала, что у большинства респондентов отмечается отсутствие депрессивных симптомов. Гендерный анализ показал, что в выборке мужчин и женщин преобладает отсутствие депрессивных симптомов. Сравнение тревоги в выборке мужчин и женщин не выявило значимых различий;

3. результаты исследования образа физического я, показало, что в выборке отмечаются искажения как в сторону восприятия более увеличенного размера частей тела, так и в сторону уменьшения. Так например, ширина и длина головы, длина шеи, ширина бедер, длина руки и ноги воспринимаются испытуемыми больше своего реального размера. А такие части тела как ширина шеи, плеч, грудной клетки, талии, длина ступни и кисти воспринимаются большинством респондентов меньшими по сравнению с реальными размерами.

Причем что у женщин отмечаются искажения в сторону восприятия более увеличенного размера таких частей тела, так ширина и длина головы, длина шеи, ширина бедер, длина ноги. Остальные части тела воспринимаются женщинами как более маленькие по сравнению с реальными размерами.

У мужчин отмечаются большинство искажений в сторону более увеличенного размера почти всех замеренных частей тела;

4. оценка значимости различий между выборками мужчин и женщин по степени искажения восприятия своего тела показал, что не существует

существенных различий в искажениях размера восприятия своих частей тела у мужчин и женщин;

5.оценка связи отношения к своей внешности с негативными аффективными состояниями показала наличие значимых связей между искажениями восприятия размера частей тела и тревогой, чувством вины, самоотрицанием, работоспособностью; суицидальными мыслями, пессимизмом, ощущением несостоятельности, неудовлетворённостью собой, самообвинением, нерешительностью, восприятием тела, утомляемостью. ощущением онемения, ощущением жары, усиленным потоотделением, слезливостью. Данные связи были определены выборке мужчин и женщин.

**Dist24.ru**

**ТГ: @student\_help24\_bot**

**Учебные работы под ключ!**

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование было посвящено изучению связи образа тела и негативных аффективных состояний у мужчин и женщин. Актуальность темы обусловлена тем, что феномен образа тела на протяжении последнего столетия изучался в различных разделах медицины, философии, культурологии и психологии, что привело к созданию многочисленных теорий и концепций, объясняющих его сущность и динамику развития, однако изучению взаимосвязи образа тела и негативных аффективных состояний ранее проведено не было.

В процессе анализа литературы были рассмотрены ключевые понятия «самооценка», телесность, «образ тела», рассмотрены имеющиеся современные зарубежные и отечественные исследования.

Восприятие тела выходит за его границы, границы могут быть непредсказуемы, они очерчиваются нашей психикой и находятся в зависимости от нее.

Образ тела - это представления о своем физическом облике, как отражение индивидом восприятия себя. Образ тела включают в себя когнитивный аспект (представления) и аффективный (отношение, самооценку).

В ходе исследования были поставлены гипотезы о том, что существует связь бессознательного образа тела с оценкой своих негативных аффективных состояний у лиц условной группы нормы. И что у мужчин и женщин существуют связи между отдельными измерениями частей тела и отдельными тревожными и депрессивными симптомами.

Эмпирическое исследование показало, что в выборке отмечаются искажения как в сторону восприятия более увеличенного размера частей тела, так и в сторону уменьшения. Женщины склонны исказить образ тела в сторону увеличения таких частей тела, так ширина и длина головы, длина шеи, ширина бедер, длина ноги, а мужчины - почти всех замеренных частей тела. Не было выявлено значимых различий между выборками мужчин и женщин по степени

искажения восприятия своего тела. То есть гипотеза не подтвердилась.

Также удалось выявить связь отношения к своей внешности с негативными аффективными состояниями (тревогой, чувством вины, самоотрицанием, работоспособностью; суицидальными мыслями, пессимизмом, ощущением несостоятельности, неудовлетворённостью собой, самообвинением, нерешительностью, восприятием тела, утомляемостью) как в общей выборке, так в выборке мужчин и женщин отдельно.

Перспективами дальнейшего исследования могут стать изучение когнитивной составляющей образа тела мужчин и женщин.

Полученные в ходе эмпирического исследования результаты могут быть использованы в работе психолога, работающего с запросами неудовлетворённости собственным телом.

**Dist24.ru**

**ТГ: @student\_help24\_bot**

**Учебные работы под ключ!**

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. *Абдуллин, А.Г.* «Образ Я» как предмет исследования в зарубежной и отечественной психологии [Текст] / А.Г. Абдуллин, Е.Р. Тумбасова // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2012. – № 6 (265). – С. 4-11.
2. *Адлер, А.* Понять природу человека[Текст] / А. Адлер. – М.: Аст,2022. – 352 с.
3. *Айвазян, Т. А.* Методы психокоррекции здоровых [Текст] / Т.А. Айвазян //Russian Journal of Rehabilitation Medicine. – 2017. – №. 3. – С. 3-16.
4. *Балека, Я.* Синий - цвет жизни и смерти. Метафизика цвета[Текст] / Я. Балека.- Часть 1. - М.: Искусство - XXI век, 2008. - 408 с.
5. *Батурина, Н.В.* Влияние социальной сети Инстаграм на восприятие образа тела молодых женщин [Текст] / Н.В. Батурина, О.А. Зацепина // Общество: социология, психология, педагогика. – 2021. - №7. – С.57-61.
6. *Бахтин, М. М.* Эстетика словесного творчества[Текст] / М.М. Бахтин. - М.: Просвещение, 1979. - С.44.
7. *Беркутова, В.В.* Проблематика тела в психоанализе [Текст] / В.В. Беркутова [Электронный ресурс]. - Режим доступа: /<https://psy.media>.
8. *Бехтерев, В. М.* Объективная психология [Текст] / В. М. Бехтерев. — М. : Издательство Юрайт, 2018 — 551 с.
9. *Бернштейн, Н.А.* Общая Биомеханика [Текст] / Н.А. Бернштейн - М.: Речь, 1926. – 424 с.
10. *Бек, А. Т.* Тревога и беспокойство: когнитивно-поведенческий подход [Текст] / А.Т. Бек, Д.А. Кларк. – Litres, 2019. – 448 с.
11. *Бескова, Д.А.* Клинико-психологические характеристики внешней и внутренней границ телесности (на модели соматофорных расстройств) [Текст]: дис. ... канд. психол. Наук / Д.А. Бескова. – М.: МГУ им. Ломоносова, 2006. – 220 с.
12. *Бодалев, А.А.* Психология о личности[Текст] /А.А. Бодалев [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.koob.ru/bodalev/>

13. *Былкина, Н.Д.* Развитие зарубежных психосоматических теорий (аналитический обзор) [Текст] / Н.Д. Былкина // Психологический журнал. - 1997. - Т. 18. - № 2. - С.149-158.

14. *Быховская, И.М.* Аксиология телесности и здоровье: сопряженность в культурологическом измерении [Текст] / И.М. Быховская // Психология телесности: между душой и телом / Ред.-сост. В.П. Зинченко, Т.С. Леви.- Москва: АСТ МОСКВА, 2007.-С.53-62.

15. *Варламов, А.В.* Динамика искажений восприятия человеком размеров собственного тела в виртуальной реальности [Текст] / А.В. Варламов, Н.В. Яковлева // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика. – 2021. – Т. 18. – №. 1. – С. 254-270.

16. *Воробьев, М.З.* Психосоматика в культуре личности и социума (теоретическое обоснование роли и места) [Текст] / М.З. Воробьев // Ломоносов. - 2000. - №5. – С.34-37.

17. *Вильева, С.И.* Историческое развитие понятия «человеческая телесность» [Текст] / С.И. Вильева // Аналитика культурологи. – 2014. - № 1 (28) . [Электронный ресурс]. - Режим доступа: [http : // www.analiculturolog.ru](http://www.analiculturolog.ru)

18. *Воронов, И. А.* Математическая статистика [Текст] / И.А. Воронов // Электронный учебник, 2012.

19. *Габдреева, Г.Ш.* Системное исследование тревожности [Текст] / Г.Ш. Габдреева // Психология психических состояний: Сб. ст. / Под ред. А.О. Прохорова. Казань, Наб. Челны: Изд-во КГПУ, Изд-во Ин-та упр. - 2001. - Вып. 3. - С. 92-107.

20. *Газарова, Е.Э.* Тело и телесность: психологический анализ// Психология телесности между душой и телом [Текст] / Е.Э. Газарова: ред.-сост. В. П. Зинченко, Т. С. Леви. - М.: АСТ: АСТ Москва, 2007. - С. 558-560.

21. *Дорожевец, А.Н.* Исследование образа физического «Я»: некоторые результаты и размышления [Текст] / А.Н. Дорожевец, Е.Т. Соколова //Телесность человека: междисциплинарные исследования. - Москва: Инфан, 1991.– 105 с.

22. *Додонов, Б.И.* В мире эмоций[Текст] / Б.И. Додонов. – Калуга: Мир, 2007. – 202 с.

23. *Елшанский, С.П.* Депрессия и позитивные личностные феномены. Есть ли отрицательные корреляции? [Текст] / С.П. Елшанский, А.Ф. Ануфриев, З.Ф. Камалетдинова, О.Е. Сапарин, Д.В. Семенов // Социальная и клиническая психиатрия. -2016.-N 3.-С.25-29.

24. *Захаров, А. И.* Происхождение детских неврозов и психотерапия [Текст] / А.И. Захаров. – СПб.: Апрель-Пресс, 2000. - 448 с.

25. *Изард, К. Е.* Психология эмоций [Текст] / К.Е. Изард.: Пер. с англ. В. Мисник, А. Татлыбаева. - СПб. : Питер, 2011. - 464 с.

26. *Каминская, Н.А.* Исследования образа физического «Я» в различных психологических школах [Текст] / Н.А. Каминская, А.М. Айламазян //Национальный психологический журнал. – 2015. – №. 3 (19). – С. 45-55

27. *Кирей-Ситникова, Я.* Трансгендерность и трансфеминизм [Текст] / Я. Кирей-Ситникова. — М.: Сала-мандра, 2015. – 250 с.

28. *Киященко, Л.П.* О границах телесности человека [Текст] / Л.П. Киященко// Ломоносов. - 2000.-№6. – С.56-59.

29. *Комолов, Д. А.* Использование методики телесных промеров по М. Фельденкрайзу для исследования невербального когнитивного компонента репрезентации тела у детей с различными группами здоровья [Текст] / Д. А. Комолов // Ученые записки университета имени П. Ф. Лесгафта. – 2016. – № 8 (138). – С. 265–267.

30. Когнитивно-поведенческий подход в консультировании и психотерапии [Текст]: сборник статей II Международной научно-практической конференции, г. Минск, 5–6 ноября 2020 г. / Белорус. гос. пед. ун-т им. М. Танка ; редкол. : Д. Г. Дьяков [и др.]. – Минск : БГПУ, 2020. – 164 с.

31. *Кон, И.С.* Открытие «Я» [Текст] / И.С. Кон. - Москва: Политиздат, 1978. – 368 с.

32. *Костина, Л. М.* Методы диагностики тревожности [Текст] / Л.М. Костина. – М.: Академия,2003. – 230 с.

33. *Куницына, В.Н.* Межличностное общение: Учебник для вузов [Текст] / В.Н. Куницына, Н.В. Казаринова, В.М. Погольша – СПб.: Питер, 2001. – 544 с

34. *Лаврова, О.В.* Концепция телесности в интегративной психотерапии [Текст] / О.В. Лаврова // Журнал практического психолога. - 2006. - № 4. - С.56-61.

35. *Лоуэн, А.* Язык тела [Текст] / А. Лоуэн. -СПб, Гуманитарное Агентство «Академический Проект», Феникс. - 1998. - С. 383.

36. *Лушина, М.В.* Образ «Я» трансгендерных мужчин [Текст] / М.В. Лушина [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://docs.yandex.ru/docs/view?tm=1684872185&tld=ru&lang=ru&name>

37. *Лысых, А.А.* Теоретико-методологический анализ феномена схемы тела [Текст] / А.А. Лысых //Коллекция гуманитарных исследований. – 2017. – №. 3 (6). – С. 61-68

38. Межличностная коммуникация: теория и жизнь [Текст] / О. И. Матьяш, В. М. Погольша, Н. В. Казаринова, С. Биби, Ж. В. Зарицкая. Под науч. ред. О. И. Матьяш. — СПб.: Речь, 2011. — 560 с.

39. *Мешкова, Т. А.* Концепция позитивного образа тела в современной зарубежной психологии [Текст] / Т.А. Мешкова //Современная зарубежная психология. – 2021. – Т. 10. – №. 2. – С. 55-69.

40. *Налчаджян, А.А.* Социально-психологическая адаптация личности. (Формы, механизмы и стратегии) [Текст] / А.А. Налчаджян. - Ереван, 1988. - 263 с.

41. *Нардонэ, Д.* Страх, паника, фобия: краткосрочная терапия [Текст] / Д. Нардонэ. – М.: Психотерапия, 2008. – 352 с.

42. *Николаева, В.В.* Клинико-психологические проблемы психологии телесности [Текст] / В.В. Николаева, А.Г. Арина // Психологический журнал. - 2003. - том 24. - №1. -С 119-126.

43. *Обухов, Я.Л.* Глубинно-психологический подход в психотерапии психосоматических заболеваний [Текст] / Я.Л. Обухов. - Харьков, 1999. – 230 с.

44. *Панферов, В. Н.* Психология человека [Текст] // В.Н. Панферов. - СПб.: Питер, 2000.— 160с.

45. *Пантелеева, В.В.* Психология кризисных состояний личности [Текст] / В.В. Пантелеева, О.И. Арбузенко. – Тольятти : Изд-во ТГУ, 2011. – 194 с.

46. *Парамонова, В.В.* Перфекционизм при тревожных и депрессивных расстройствах [Текст]: автореф. дис. ... канд. психол. Наук / В.В. Парамонова. – М., 2011. – 33 с.

47. *Перлз, Ф.С.* Гештальт-подход и Свидетель терапии[Текст] / Ф.С. Перлз. - М.: Академический проект, 2019. - 207 с.

48. *Прихожан, А.М.* Причины, профилактика и преодоление тревожности [Текст] / А.М. Прихожан //Психологическая наука и образование. – 1998. - №2. – С.11-17.

49. Психологические исследования внешности и образа тела: коллективная монография [Текст] / отв. редактор А.Г. Фаустова; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2022 – 223 с.

50. *Рассказова Е.И.* Разработка русскоязычной версии опросника когнитивной регуляции эмоций [Текст] / Е.И. Рассказова, А.Б. Леонова, И.В. Плужникова// Вестник психологии. -Серия 14. Психология. - 2011. - №4. - С. 161-179.

51. *Рагозинская, В. Г.* Индивидуально-психологические особенности образа тела у мужчин и женщин молодого возраста [Текст] / В.Г. Рагозинская //Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика. – 2017. – №. 1. – С. 3-3.

52. *Романов, Р.В.* Переживание дистресса, ассоциированного с образом тела и гендерной идентичностью [Текст] / Р.В. Романов // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2022.- №3. – С.225-244.

53. *Симонов, П.В.* Потребностно-информационная теория эмоций [Текст] / П.В. Симонов // Вопросы психологии. – 1982. – Т. 6. – С. 44-56.

54. *Селигман, М.* Как научиться оптимизму: Измените взгляд на мир и свою жизнь [Текст] / М. Селигман.- Спб.: Learned, 2013.- 200 с.

55. *Соловьева, И. А.* Бессознательный образ тела: кто ты на самом деле? [Текст] / И.А. Соловьева //Текст: электронный.–URL: <https://irsol.wordpress.com/2014/08/12/>

56. *Соколова, Е.Т.* «Я»-образ тела [Текст] / Е.Т. Соколова // Психология самосознания: Хрестоматия. / Под. ред. Д.Я. Райгородского. - Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2000. - С. 406-422.

57. *Сотникова, А.А.* Связь образа тела и расстройств пищевого поведения у лиц с нервной анорексией [Текст] / А.А. Сотникова [Электронный ресурс]. – Режим до ступа : [https://tribune-scientists.ru/media/p\\_articles/%D0%A1%D0%BE%D1%82%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B0.pdf](https://tribune-scientists.ru/media/p_articles/%D0%A1%D0%BE%D1%82%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B0.pdf)

58. *Спиркин, А.Г.* Философия: Учебник для технических вузов [Текст] / А.Г. Спиркин. — М.: Гардарики, 2000. — 368 с.

59. *Столин, В.В.* Самосознание личности [Текст] / В.В. Столин. - М.: Просвещение, 1983. - 284 с.

60. *Стребкова, Ю.А.* Психологические аспекты изучения телесности [Текст] / Ю.А. Стребкова // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. - №1. - Самара: СНЦ РАН, 2008. - С. 183-187.

61. *Супрун, Н. М.* Образ тела как психологическая проблема [Текст] / Н.М. Супрун // Рецензенты: УО «Брестский государственный технический университет», кандидат педагогических наук, доцент ПН Резько доцент кафедры социальной работы УО «Брестский государственный университет имени АС Пушкина». – С. 134.

62. *Сушкова, Е.В.* Психолого-педагогические аспекты феномена образа тела в развитии личности [Текст] / Е.В. Сушкова // Сфера знаний: научное взаимодействие в рамках образовательного процесса. – 2018. – С. 214-218.

63. *Татаурова, С.С.* Актуальные проблемы исследования образа тела [Текст] / С.С. Татаурова // Психологический вестник Уральского государственного университета. - Вып. 8. – 2009. – С.36-39.

64. *Тхостов, Ш. А.* Психология телесности [Текст] / Ш.А. Тхостов. - М.: Смысл, 2002. – 45 с.

65. *Тихонова, И.Н.* Влияние СМИ на формирование внешнего облика современной девушки [Текст] / И.Н. Тихонова // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2015. №3. – С.354-359.

66. *Фаустова, А.Г.* Соотношение категорий "образ тела" и "концепция тела" в трудах зарубежных ученых [Текст] / А.Г. Фаустова // Личность в

меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2018. – Т. 6. – №. 3 (22). – С. 520-532.

67. *Файзрахманов, И.И.* Формирование Я-концепции как условие развития самосознания личности [Текст] / И.И. Файзрахманов, Ф.Ф. Халиуллин, Д.Е. Гайнуллин //Проблемы современного педагогического образования. – 2020. – №. 68-4. – С. 316-320.

68. *Фельденкрайз, М.* Искусство движения. Уроки мастера [Текст] / Пер. с англ. А. Заславской. — М.: Изд-во Эксмо, 2003. — 352 с.

69. *Фрейд, З.О* правомерности выделения из неврастении симптомокомплекса, называющегося «невроз страха» [Текст] / З.О. Фрейд: перевод с немецкого: Николаев В.И.// Проект «Весь Фрейд» [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://freudproject.ru/?p=864>

70. *Хоружий, С.С.* Герменевтика телесности в духовных традициях и современных поисках себя [Текст] / С.С. Хоружий //Психология телесности между душой и телом/Ред.-сост. В. П. Зинченко, Т. С. Леви. - М.: АСТ: АСТ МОСКВА, 2007. - С. 172.

71. Хрестоматия по телесно-ориентированной психотерапии и психотехнике [Текст] / Под ред. В. Баскакова. - М., 1997. – 420 с.

72. *Чеснокова, И.И.* Проблема самосознания в психологии [Текст] / И.И. Чеснокова. - М.: Наука, 1977. - 144 с.

73. *Шафранская, К. Д.* Психологические трудности общения лиц с косметическими дефектами [Текст] / К.Д. Шафранская // Психология межличностного познания. - МГУ, 1981. - С. 212 - 221.

74. *Язвинская, Е. С.* Экспериментальное исследование телесного образа Я как интегральной составляющей телесности [Текст] / Е.С. Язвинская //Психология телесности: теоретические и практические исследования. – 2011. - №5.- С.43-47.

75. Barlow, D. H., Rapee, R. M., & Brown, T. A. Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 23, p. 551- 570.

76. Cash T. F., Theriault J., Annis N. M. Body image in an interpersonal context: Adult attachment, fear of intimacy and social anxiety // *Journal of social and clinical psychology*. – 2004. – Т. 23. – №. 1. – С. 89-103.

77. Davison T. E., McCabe M. P. Relationships between men's and women's body image and their psychological, social, and sexual functioning //Sex roles. – 2005. – T. 52. – C. 463-475.

78. Liao Y. et al. Body dysmorphic disorder, social anxiety and depressive symptoms in Chinese medical students //Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. – 2010. – T. 45. – C. 963-971.

79. Garfinkel S. N., Critchley H. D. Interoception, emotion and brain: new insights link internal physiology to social behaviour. Commentary on: “Anterior insular cortex mediates bodily sensibility and social anxiety” by Terasawa et al.(2012) //Social cognitive and affective neuroscience. – 2013. – T. 8. – №. 3. – C. 231-234.

80. Grabe, S., Ward, L. M., & Hyde, J. S. The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. Psychological Bulletin, 134(3), 460–476. doi:10.1037/0033-2909.134.3.460

81. Junne F. et al. The relationship of body image with symptoms of depression and anxiety in patients with anorexia nervosa during outpatient psychotherapy: Results of the ANTOP study // Psychotherapy. – 2016. – T. 53. – №. 2. – C. 141.

82. Muehlenkamp J., Brausch A. Body image as a mediator of non-suicidal self-injury in adolescents. Journal of Adolescence, 2011, vol. 35, no. 1, pp. 1–9. DOI: 10.1016/j.adolescence.2011.06.010

83. Pope, Jr., KG. The Adonis complex: the secret crisis of male body obsession. New York: Free Press, 2000.

84. Ratnasari S. E., Pratiwi I., Wildannisa H. Relationship between body image and social anxiety in adolescent women //European Journal of Psychological Research. – 2021. – T. 8. – №. 1. – C. 65-72.

**Анкета**

Ваш Ник

Ваш пол

Возраст

Образование

Семейное положение

Как изменилось Ваше эмоциональное состояние за последнее время?

Как Вы оцениваете свою тревожность за последнее время?

Что Вы делаете, чтобы снизить тревогу?

Как Вы можете оценить своё настроение за последнее время?

Что Вы делаете для поднятия настроения?

Как изменилось Ваше поведение за последнее время?

12. Как изменилось Ваше самочувствие (здоровье) за последнее время?

13. Как Вы можете описать Ваш сон в последнее время?

Как Вы можете описать свой аппетит в последнее время?

Как часто Вы смотрите, слушаете или читаете новостные каналы?

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Значения мужчин по данным искажения восприятия размеров частей тела,  
депрессии и тревоги

№	И т о г о в ы й б а л п о ш к а л е т р е в о г и А Б е к а	И т о г о в ы й б а л п о ш к а л е т р е с и и А Б е к а	Дельты размеров											
			Ш и р и н а г о л о в ы	Д л и н а г о л о в ы	Ш и р и н а ш е и	Д л и н а ш е и	Ш и р и н а п л е ч и	Ш и р и н а г р у д н о й к л е т к и	Ш и р и н а т а л и и	Ш и р и н а б е д е р	Д л и н а р у к и	Д л и н а к и с т и	Д л и н а н о г и	Д л и н а с т у п н и
	2	0	6	10,5	2	1,5	11	13,5	14	3,5	15	7,5	3	2
	7	7	21	5,5	9,5	8	4,5	5,5	2,5	15,5	1,5	5	11	0,5
	12	25	10	6	1	8	3	4	2	18	11	0	8	1
	19	0	6	13	2	14	17	9	8	3	40	10	26	6
	26	0	1	0	1	11	8	7	0	3	2	4	24,5	19
	0	2	1	14	11	2	12	63	16	18,5	20	6	8	9,5
	3	2	5	6	0	0	1	4	12	9	23	0	20	1
	3	8	1,5	15	4,4	1	8	7,5	6,3	10	28,5	2	16,5	3
	15	12	5,5	0,5	1,5	0,5	7	1	0	5	40	12	3	1
	10	8	0	4,5	5,5	5,5	1,5	14	7	3	16	4,5	3,5	9,5
	5	8	1,5	1,5	1	4	2	4,5	3,5	5	1	6,5	4	4
	4	5	7,5	10,5	4	10	13	8,5	1	3	15,5	1,5	12,5	5,5
	35	22	6,5	15,5	0,5	5,5	10	5	9	10	5	5,5	3,5	13,5

ТГ: @student\_help24\_bot  
Учебные работы под ключ!



е к а	. Б е к а													
8	4	1,5	8	1	9	10	0	1,5	2	12,5	0,5	6	2	
8	8	6	3,5	1	1	0	1,5	0	10	3	1,5	0,5	1,5	
56	4	4	9	2	0,5	4,5	15,5	8	0,5	2	1	2,5	3,5	
12	5	23, 5	11	7	30, 5	1	3,5	30	1	16	8,5	23,5	3,5	
11	2	0,5	0,5	1	1	11	8,5	8,5	8,5	12	5,5	16,5	8	
12	9	2	1	7	9	9	19	5	8	52	3	11,5	1	
5	7	7,5	3	0	4	13	7,5	1	2	1	0,5	7	1	
14	22	3,5	1	1	6,1	1,7	9	5,5	3	19,5	4,5	6,5	7	
19	15	7	15	0,5	8,3	6	7,5	9	2	3	10,5	52,5	9,5	
2	0	13	22,5	6	1	24	20,5	22	13,5	50,5	11,1	34	16,5	
3	6	11	17	7	34	18,5	9	24	37	43,5	9,5	37	3,5	
12	11	3,5	1	5,5	1	2	8	5,5	4	9	2	9	2	
12	18	9	3	2	2	10	9	1	8	3	1	1	0,5	
15	18	2	3	4,5	1	16	0	9	5,5	36,5	1,5	4,5	3,5	
3	1	9	1,5	0,5	2,5	11	4	6	10,5	15	2,5	4	0	
5	5	9	3	1	2	7	1	3	2,5	23	2	6	3	
19	5	13, 5	9,5	3	3,5	22,5	1	4,5	3,5	8,5	2	21,5	0,5	
10	8	11, 5	4	2,8	4	3	0	1,5	5	39,5	7	23,5	3,5	
30	4	2	4	5	9	6	5	3	2	4	1	5	1	
10	15	1	9,5	6	2	11	4,5	9	0,5	1,5	1,5	4,5	3,5	
11	7	3	6	7	0,5	12,5	10,5	2	3,5	38	7,5	6,5	8,5	
6	3	8	3	1	6	5	7	4	5	17	2	36	0	
22	16	2	1,5	5	0,5	5	5	3	5,5	5	3	11	4	
21	25	17	15,5	3,5	3	3	5	2	0,5	7	0	8	7,5	

Dist24.ru  
 ТГ: @student\_help24\_bot  
 Учебные работы под ключ!

	8	2	5,5	2,5	2	-3	3,5	7,5	5	1,5	0,5	6,5	3	4
	3	6	7	1	9	11	3	10,5	5,5	2	13	5,5	24	2
	19	8	14	4,5	2,5	0,5	2	9,5	6	5,5	19,5	1	13,5	1,5
	7	3	7,5	0,5	1,5	5,5	6	7,5	9,5	7,5	3,5	3	4,5	3
	16	25	2	6	1	1	3,5	7,5	7,5	3	10	0,5	5	2,5
	16	4	13, 5	8	5,5	2	4	3	2,5	5	6,5	4	12,5	2,5
	14	3	1	1,5	2,5	1,5	-8,5	8,5	4	0	10,5	3	4,5	10

**Dist24.ru**

**ТГ: @student\_help24\_bot**

**Учебные работы под ключ!**

### Ответы женщин на анкету

№	Пол	Пол	Возраст	Образование	Семейное положение	Как изменилось Ваше эмоциональное состояние за последнее время?	Как Вы оцениваете свою тревожность за последнее время?	Что Вы делаете, чтобы снизить тревогу?	Как Вы можете оценить своё настроение за последнее время?	Что* Вы делаете для поднятия настроения?	Как изменилась Ваше поведение за последнее время?	Как изменилось Ваше самочувствие (здоровье) за последнее время?	Как Вы можете описать Ваш сон в последнее время?	Как Вы можете описать свой аппетит в последнее время?	Как часто Вы смотрите, слушаете или читаете новости каналы?
	Ж	1	18	мед. биохимия	Не замужем	Стал более эмоциональным. Появилась или повысилась апатия. Стал более нервным	Испытываю лёгкую тревожность	Избегаю СМИ, соцсети, мессенджеры и любое общение на тревожащие меня темы	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми	Стал больше контролировать себя	Никак	Сплю много и хорошо, но всё равно не высыпаясь	Такой же, как обычно	Ежедневно
	Ж	1	44	Высшее	В браке. Есть ребёнок/дети	Стал более эмоциональным	Испытываю лёгкую тревожность	Избегаю СМИ, соцсети, мессенджеры и любое общение на тревожащие меня темы. Принимаю витамины. Больше гуляю на свежем воздухе. Слежу за питанием	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Принимаю витаминь. БАДы. Слежу за питанием. Занимаюсь спортом. Занимаюсь любимыми делами. Смотрю интересные фильмы.	Стал больше контролировать себя. Стал больше заботиться о себе. Занялся своим здоровьем	Стал по-другому ощущать своё тело	Рваный сон	Такой же, как обычно	Раз в неделю

	Ж	1	22	Среднее профессиональное	Не в браке	Стал более эмоциональным. Появилась или повысилась раздражительность. Стал (более) нервным	Испытываю лёгкую тревожность	Принимаю витамины. Больше отдыхаю. Больше гуляю на свежем воздухе. Слежу за питанием	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Принимаю витамины, БАД. Больше отдыхаю. Слежу за питанием. Занимаюсь спортом. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы. Читаю интересные книги	Стал бережнее относиться к себе. Стал больше заботиться о себе. Занялся своим здоровьем	Меньше сил, сильно ослаб	Плохо засыпаю	Заметно увеличился	Несколько раз в неделю
	Ж	1	18	Университет	Есть кто-то, за кем приходится осуществлять постоянный уход	Стал более эмоциональным	Преимущественно я спокоен	Делаю вид или представляю, что того, что меня тревожит, на самом деле нет, и это лишь моя фантазия	У меня всегда отличное настроение	Больше времени гуляю на свежем воздухе	Занялся своим здоровьем	Никак	Такой же, как обычно, полноценный	Такой же, как обычно	Никогда
	Ж	1	39	Высшее	В браке. Есть ребёнок/дети	Стал более эмоциональным	Испытываю лёгкую тревожность	Избегаю СМИ, соцсети, мессенджеры и любое общение на тревожащие меня темы. Принимаю витамины. Больше отдыхаю. Больше гуляю на свежем воздухе. Слежу за питанием	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Занимаюсь спортом. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы. Читаю интересные книги	Стал бережнее относиться к себе. Стал больше заботиться о себе. Занялся своим здоровьем	Стал по-другому ощущать своё тело	Такой же, как обычно, полноценный	Такой же, как обычно	Несколько раз в неделю

	Ж	1	41	Высшее	Есть ребёнок/дети	Появилась или повысилась апатия	Испытываю лёгкую тревожность	Больше отдыхаю	Иногда пребываю в подавленном настроении	Занимаюсь спортом	Стал больше заботиться о себе	Появились проблемы с вниманием, памятью или мышлением	Стал спать меньше	Еда перестала приносить мне удовольствие	Никогда
	Ж	1	41	Высшее	В браке. Есть ребёнок/дети	Стала более спокойной	Испытываю лёгкую тревожность	Избегаю СМИ, соцсети, мессенджеры и любое общение на тревожащие меня темы. Принимаю витамины. Занимаюсь бдетями	У меня всегда отличное настроение	Принимаю витамины, БАД. Больше времени гуляю на свежем воздухе. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми	Стал бережнее относиться к себе. Стал больше заботиться о себе	Эмоциональный подъём после рождения ребёнка	Стал спать меньше. Поверхностный, неглубокий сон	Заметно увеличился	Никогда
	Ж	1	18	Среднее полное	Без отношений	Появилась или повысилась раздражительность. Появилась или повысилась апатия. Появилась или повысилась агрессивность. Стал (более) плаксивым	Испытываю лёгкую тревожность	Больше отдыхаю. Слежу за питанием. Делаю вид или представляю, что меня тревожит, на самом деле нет, и это лишь моя фантазия	Часте всего я в подавленном настроении	Больше отдыхаю. Слежу за питанием. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы	Стал больше контролировать себя. Стал более расторможенным. Стал бережнее относиться к себе	Никак	Плохо засыпаю	Заметно снизился	Раз в неделю
	Ж	1	18	Среднее	Нет	Стал более эмоциональным. Появилась или повысилась раздражительность	Преимуществом я спокоен	Принимаю витамины. Ничего не делаю	Часте всего я в подавленном настроении	Занимаюсь любимыми делами	Стал больше контролировать себя	Появились проблемы с вниманием, памятью или мышлением	Стал спать меньше. Рваный сон. Поверхностный, неглубокий сон	Заметно снизился	Никогда

	Ж	1	18	Неоконченное высшее	Живу с родителями	Появилась или повысилась раздражительность. Появилась или повысилась апатия	Преимущественно я спокоен	Принимаю витамины. Больше отдыхаю. Больше гуляю на свежем воздухе. Слежу за питанием	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Больше отдыхаю. Больше времени гуляю на свежем воздухе. Слежу за питанием. Занимаюсь спортом. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы	Стал бережнее относиться к себе. Стал больше заботиться о себе. Занялся своим здоровьем	Никак	Такой же, как обычно, полноценный	Такой же, как обычно	Никогда
	Ж	1	41	Высшее	В браке. Есть ребёнок/дети	Стал более эмоциональным. Появилась или повысилась апатия	Преимущественно я спокоен	Избегаю СМИ, соцсети, мессенджеры и любое общение на тревожащие меня темы. Принимаю витамины. Больше отдыхаю. Больше гуляю на свежем воздухе	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Принимаю витамины, БАД. Больше отдыхаю. Больше времени гуляю на свежем воздухе. Занимаюсь любимыми делами. Смотрю интересные фильмы	Стал больше заботиться о себе	Никак	Сплю много и хорошо, но всё равно не высыпалюсь	Такой же, как обычно	Ежедневно

Dist24.ru  
 ТГ: @student\_help24\_bot  
 Учебные работы под ключ!

	Ж	1	24	Магистр	В браке	Стал более эмоциональным появилась или повысилась апатия. Стал (более) плаксивым	Испытываю лёгкую тревожность	Избегаю СМИ, соцсети, мессенджеры и любое общение на тревожащие меня темы. Больше отдыхаю	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Принимаю витамины, БАД. Больше отдыхаю. Занимаюсь спортом. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы. Читаю интересные книги	Стал менее сдержанным. Стал бережнее относиться к себе. Стал больше заботиться о себе. Занялся своим здоровьем	Ухудшилось. Меньше сил, сильно ослаб. Стал по-другому ощущать своё тело	Сплю много и хорошо, но всё равно не высыпаясь	Такой же, как обычно	Несколько раз в неделю
	Ж	1	49	Высшее	В браке	Стал более эмоциональным. Появилась или повысилась раздражительность. Стал более нервным	Испытываю лёгкую тревожность	Избегаю СМИ, соцсети, мессенджеры и любое общение на тревожащие меня темы. Больше гуляю на свежем воздухе	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Больше времени гуляю на свежем воздухе. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Хожу в театры	Стал менее сдержанным. Стал более вспыльчивым	Меньше сил, сильно ослаб. Появилось новое хроническое заболевание. Появились проблемы с иммунитетом, памятью или мышлением	Рваный сон	Еда перестала приносить мне удовольствие	Несколько раз в неделю
	Ж	1	44	Высшее	В браке. Есть ребёнок/дети	Появилась или повысилась раздражительность. Появилась или повысилась апатия. Стал (более) нервным	Испытываю лёгкую тревожность	Избегаю СМИ, соцсети, мессенджеры и любое общение на тревожащие меня темы. Больше отдыхаю	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Читаю интересные книги	Стал более вспыльчивым. Стал больше заботиться о себе	Ухудшилось. Появились проблемы с вниманием, памятью или мышлением	Рваный сон	Заметно увеличился	Раз в неделю

	Ж	1	40	Высшее	В браке. Есть ребёнок/дети	Никак	Преимущественно я спокоен	Разные способы саморегуляции	Обычно я в хорошем настроении	Принимаю витамины, БАД. Больше отдыхаю. Больше времени гуляю на свежем воздухе. Слежу за питанием. Занимаюсь спортом. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы. Читаю интересные книги	Стал бережнее относиться к себе	Никак	Такой же, как обычно, полноценный	Такой же, как обычно	Ежедневно
	Ж	1	50	Высшее	В браке. Есть ребёнок/дети	Стал (более) нервным	Сильно тревожусь	Принимаю витамины. Больше отдыхаю. Прорабатываю проблему в личной терапии	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Принимаю витамины, БАД. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы. Читаю интересные книги. Массаж, косметолог, экскурсии, вождение автомобиля	Стал больше контролировать себя. Стал бережнее относиться к себе. Отслеживаю негативные эмоции, осознаю их причины, работаю над повышением самооценки и толерантности к себе и другим	Стала меньше болеть	Стал спать меньше	Такой же, как обычно	Несколько раз в день

Dist24.ru

ТГ: @student\_help24\_bot

Учебные работы под ключ!

	Ж	1	27	Психологическое	В отношениях	Стала менее эмоциональной	Преимуществом я спокоен	Избегаю СМИ, соцсети, мессенджеры и любое общение на тревожащие меня темы. Принимаю витамины. Больше отдыхаю. Больше гуляю на свежем воздухе. Слежу за питанием	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Принимаю витамины, БАД. Больше отдыхаю. Больше времени гуляю на свежем воздухе. Слежу за питанием. Занимаюсь спортом. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы. Читаю интересные книги	Стал больше контролировать себя. Стал бережнее относиться к себе. Стал больше заботиться о себе. Занялся своим здоровьем	Стал по-другому ощущать своё тело	Такой же, как обычно, полноценный. Сплю много и хорошо, но всё равно не высыпаться	Такой же, как обычно	Несколько раз в неделю
	Ж	1	34	Высшее	В браке	Никак	Испытываю лёгкую тревожность	Совершаю compulsive действия, позволяющие перенаправить физическое возбуждение и ничём не думать (играю в телефоне, читаю короткие статьи, часами убираюсь в квартире)	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Принимаю витамины, БАД. Принимаю антидепрессанты, больше ничего не делаю. Не вижу необходимости чем-то поднимать себе настроение, через время оно само выравняется	Стал бережнее относиться к себе. Стал больше заботиться о себе	Меньше сил, сильно ослаб	Плохо засыпаю. Бессонница	Такой же, как обычно	Никогда

Dist24.ru

ТГ: @student\_help24\_bot

Учебные работы под ключ!

	Ж	1	18	Учусь	Есть отношения	Никак	Преимущественно я спокоен	Больше отдыхаю. Больше гуляю на свежем воздухе	У меня всегда отличное настроение	Больше времени гуляю на свежем воздухе. Занимаюсь спортом. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы. Читаю интересные книги	Никак	Никак	Стал спать меньше	Такой же, как обычно	Несколько раз в неделю
	Ж	1	42	Высшее	Есть ребёнок/дети	Стал более эмоциональным	Преимущественно я спокоен	Избегаю СМИ, соцсети, мессенджеры и любое общение на тревожащие меня темы. Больше отдыхаю	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Больше отдыхаю. Больше времени гуляю на свежем воздухе. Занимаюсь любимыми делами	Стал больше заботиться о себе	Появились проблемы с вниманием, памятью или мышлением	Стал спать меньше	Такой же, как обычно	Несколько раз в неделю
	Ж	1	24	Высшее психологическое	В отношениях не состою	Стал более эмоциональным. Появилась или повысилась апатия	Испытываю лёгкую тревожность	Больше отдыхаю	У меня всегда отличное настроение	Больше отдыхаю. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы. Читаю интересные книги	Стал бережнее относиться к себе. Стал больше заботиться о себе. Занялся своим здоровьем	Меньше сил, сильно ослаб	Сплю много и хорошо, но всё равно не высыпалась	Такой же, как обычно	Никогда!
	Ж	1	46	Высшее	В браке	Никак	Испытываю лёгкую тревожность	Принимаю витамины	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Больше отдыхаю	Никак	Никак	Такой же, как обычно, полноценный	Такой же, как обычно	Несколько раз в день

	Ж	1	23	Неоконченное высшее	В браке	Стал более эмоциональным. Появилась или повысилась раздражительность. Появилась или повысилась апатия. Появилась или повысилась агрессивность. Стал (более) нервным. Стал (более) плаксивым	Испытываю лёгкую тревожность	Принимаю витамины. Слежу за питанием	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Принимаю витамины, БАД. Больше отдыхаю. Слежу за питанием. Занимаюсь спортом. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы	Стал больше контролировать себя. Стал более расторможенным. Стал бережнее относиться к себе. Стал больше заботиться о себе. Занялся своим здоровьем	Никак	Стал спать меньше. Плохо засыпаю	Такой же, как обычно	Несколько раз в день
	Ж	1	18	Учусь	В отношениях	Появилась или повысилась раздражительность. Появилась или повысилась апатия. Появилась или повысилась агрессивность. Стал (более) нервным	Сильно тревожусь	Делаю вид или представляю, что меня тревожит, на самом деле нет, и это лишь мои фантазии	Чаще всего я в подавленном настроении	Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми	Никак	Стал чаще/сильнее болеть. Появился проблемы с вниманием, памятью или мышлением. Стал по-другому ощущать своё тело	Стал спать меньше. Рваный сон. Поверхностный, неглубокий сон	Заметно увеличился	Несколько раз в день
	Ж	1	23	Высшее	Есть ответственность за родственников	Более снисходительным	Испытываю лёгкую тревожность	Избегаю СМИ, соцсети, мессенджеры и любое общение на тревожащие меня темы. Больше гуляю на свежем воздухе. Занимаюсь любимым делом	Решительно	Больше времени гуляю на свежем воздухе. Занимаюсь спортом. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Читаю интерес	Стала более снисходительной к окружающим	Никак	Такой же, как обычно, полноценный	Такой же, как обычно	Ежедневно

										ные книги					
Ж	1	42	Высшее	В браке. Есть ребёнок/де ти	Стал (более) плаксивы м	Преиму ществен но я спокоен	Больше отдыхаю. Больше гуляю на свежем воздухе. Слежу за питанием	Иногд а я пребы ваю в подав ленно м настр оении	Занима юсь спортом . Смот рю ин терес ные филь мы. Ч итаю интер есные книги	Стал береж нее относ ится к себе. Стал больше забот иться о себе. Занял ся сво им з доров ьем	Стал по- друг ому ощущ ать сво ё тело	Такой же, как обычно , полно ценный	Такой же, как обычно	Нико гда	
Ж	1	53	Высшее	В браке	Появил ась или повысил ась раздра жительно сть. Стал (более) нервным. Стал (более) плаксивы м	Сильно тревож усь	Больше гуляю на свежем воздухе. Помогает поговор ить (выгов ориться)	Иногд а я пребы ваю в подав ленно м настр оении	Больше времени гуляю на свежем воздухе. Занима юсь любимы ми делами. Читаю интер есные книги	Стал менее сдержан ным. Стал более вспыльч ивым	Ухудш илось. Появил ось новое хронич еское заболе вание. Появил ись пробле мы с вниман ием, память ю или мышле ние	Сплю много и хорошо , но всё равно не высыпа юсь	Замет но увели чился	Неск олько раз в день	

Dist24.ru

ТГ: @student\_help24\_bot

Учебные работы под ключ!

	Ж	1	53	Высшее	В браке. Есть ребёнок/дети	Никак	Преимущественно я спокоен	Принимаю витамины. Больше отдыхаю. Слежу за питанием	Иногда я пребываю в подавленном настроении	Принимаю витамины, БАД. Больше отдыхаю. Больше времени гуляю на свежем воздухе. Слежу за питанием. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы. Читаю интересные книги	Стал более расторможенным. Стал больше заботиться о себе. Занялся своим здоровьем	Меньше сил, сильно ослаб. Появились проблемы с вниманием, памятью или мышлением	Стал спать меньше	Такой же, как обычно	Несколько раз в день
	Ж	1	51	Высшее	Есть кто-то, за кем приходится осуществлять постоянный уход	Появилась или повысилась раздражительность. Появилась или повысилась апатия. Стал (более) нервным	Испытываю лёгкую тревожность	Принимаю витамины. Больше отдыхаю. Слежу за питанием. Стараюсь трезво оценивать реальность и находить поддерживающие решения и отношени к этой реальности	Настроение моё может меняться в зависимости от ситуации	Принимаю витамины, БАД. Больше отдыхаю. Слежу за питанием. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Общаюсь со своими домашними животными	Стал больше контролировать себя. Стал бережнее относиться к себе. Стал больше заботиться о себе	Хроническое заболевание перешло в состояние ремиссии	Рваный сон. Плохо засыпаю	Заметно увеличился	Раз в неделю

Dist24.ru

ТГ: @student\_help24\_bot

Учебные работы под ключ!

	Ж	1	56	Высшее	В незарегистрированном браке	Никак	Преимущественно я спокоен	Больше отдыхаю. Пилатес	Часто всего у меня хорошее настроение	Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы. Живы полноценной жизнью	Стал бережнее относиться к себе. Занялся своим здоровьем	Стал чаще/сильнее болеть	Сплю мало, 5-6 ч	Такой же, как обычно	Раз в неделю
	Ж	1	48	Высшее	В разводе. Есть ребёнок/дети	Стал более эмоциональным. Появилась или повысилась раздражительность.	Испытываю лёгкую тревожность	Принимаю витамины. Больше отдыхаю. Больше гуляю на свежем воздухе. Слежу за питанием	Иногда я преобладаю в подавленном состоянии	Принимаю витамины, БАД. Больше отдыхаю. Больше времени гуляю на свежем воздухе. Слежу за питанием. Занимаюсь спортом. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы. Читаю интересные книги	Стал бережнее относиться к себе. Стал больше заботиться о себе. Занялся своим здоровьем	Стал чаще/сильнее болеть	Такой же, как обычно, полноценный	Такой же, как обычно	Несколько раз в неделю

Dist24.ru

ТГ: @student\_help24\_bot

Учебные работы под ключ!

## Ответы мужчин на анкету

М	2	55	Высшее	Разведён	Никак	Преимущественно я спокоен	Ничего не делаю	Как разное	Слежу за питанием. Занимаюсь спортом. Читаю интересные книги	Никак	Никак	Такой же, как обычно, полноценный	Такой же, как обычно	Ежедневно
---	---	----	--------	----------	-------	---------------------------	-----------------	------------	--	-------	-------	-----------------------------------	----------------------	-----------

М	2	57	Выше	В браке. Есть ребёнок/дети	Появилась или повысилась раздражительность	Преимущественно спокойн	Ничего не делаю	У меня всегда отличное настроение	Слежу за питанием. Занимаюсь спортом. Общаюсь с приятными людьми. Читаю интересные книги	Занялся своим здоровьем	Хроническое заболевание перешло в состояние ремиссии	Такой же, как обычно, полноценный	Такой же, как обычно	Ежедневно
М	2	26	Выше	Холост	Стал (более) плаксивым	Преимущественно спокойн	Ничего не делаю	Иногда пребываю в подавленном настроении	Общаюсь с приятными людьми	Стал более расторможенным	Стал чаще/сильнее болеть. Меньше сил, сильно ослаб	Стал спать меньше. Плохо засыпаю. Бессонница	Заметно снизился	Ежедневно
М	2	40	Выше	В браке. Есть ребёнок/дети	Никак	Преимущественно спокойн	Больше гуляю на свежем воздухе	У меня всегда отличное настроение	Больше отдыхаю. Больше времени гуляю на свежем воздухе. Занимаюсь спортом. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы	Никак	Никак	Такой же, как обычно, полноценный	Такой же, как обычно	Раз в неделю
М	2	179		Один	Появилась или повысилась апатия	Преимущественно спокойн	Больше отдыхаю	Иногда пребываю в подавленном настроении	Больше отдыхаю. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы	Никак	Никак	Плохо засыпаю	Такой же, как обычно	Никогда
М	2	34	Выше	В браке	Чувство тревоги и неизвестности	Испытываю лёгкую ирревозность	Больше гуляю на свежем воздухе. Слежу за питанием	Иногда пребываю в подавленном настроении	Больше отдыхаю. Больше времени гуляю на свежем воздухе. Слежу за питанием. Занимаюсь спортом. Занимаюсь любимыми делами	Стал больше контролировать себя. Стал больше заботиться о себе	Никак	Такой же, как бычок, полноценный	Такой же, как обычно	Ежедневно
М	2	52	Средне	В браке. Есть ребёнок/дети	Никак	Преимущественно спокойн	Ничего не делаю	У меня всегда отличное настроение	Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы. Читаю интересные книги	Никак	Никак	Такой же, как обычно, полноценный	Такой же, как обычно	Ежедневно



М	2	17	11 класс	Девушка	Стал более агрессивным, чем обычно	Сильно тревожусь	Ничего не делаю	Часто все время в подавленном настроении	Общаюсь с приятными людьми	Стал более вспыльчивым	Ухудшилось	Поверхностный, неглубокий сон	Еда перестала приносить мне удовольствие	Несколько раз в неделю
М	2	56	Высшее	В браке. Есть ребёнок/дети	Появилась или повысилась раздражительность. Появилась или повысилась апатия	Преимущественно спокойный	Больше отдыхаю. Больше гуляю на свежем воздухе	Иногда пребываю в подавленном настроении	Больше времени гуляю на свежем воздухе. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы. Читаю интересные книги. Вино, кино и домино	Стал менее сдержанным. Никак	Никак	Стал спать меньше. Поверхностный, неглубокий сон	Твой же, как обычно	Несколько раз в день
М	2	57	Высшее	В браке. Есть ребёнок/дети	Стал более требовательным к себе и окружающим	Преимущественно спокойный	Анализирую причину и принимаю программу действия	Иногда пребываю в подавленном настроении	Выполняю свои установки (план на день)	Стал более сдержанным	Никак	Стал спать меньше	Такой же, как обычно	Несколько раз в день
М	2	20	Неоконченное высшее (учусь)	Живу с девушкой	Стал более эмоциональным. Больше думаю о будущем	Я спокойный, но в последнее время тревожность повысилась	Больше отдыхаю. Больше гуляю на свежем воздухе. Делаю вид или представляю, что того, что меня тревожит, на самом деле нет, и это лишь мои фантазии	Иногда пребываю в подавленном настроении	Больше отдыхаю. Больше времени гуляю на свежем воздухе. Слежу за питанием. Занимаюсь спортом. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы читаю интересные книги	Стал больше контролировать себя	Стал по-другому ощущать своё тело	Стал спать меньше	Такой же, как обычно	Несколько раз в неделю
М	2	20	Высшее	В отпусках	Появилась или повысилась раздражительность. Стал (более) нервным	Преимущественно спокойный	Больше отдыхаю. Больше гуляю на свежем воздухе	Иногда пребываю в подавленном настроении	Больше отдыхаю. Больше времени гуляю на свежем воздухе. Занимаюсь спортом. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы	Стал более расторможенным. Стал бережнее относиться к себе. Занялся своим здоровьем	Появилась проблема с вниманием, памятью или мышлением	Стал спать меньше. Плохо засыпаю	Заметно снизился	Несколько раз в неделю
М	2	9	Высшее	Холост	Никак	Преимущественно спокойный	Ничего не делаю	У меня всегда отличное настроение	Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы. Читаю интересные книги	Никак	Никак	Такой же, как обычно, полноценный. Плохо засыпаю	Такой же, как обычно	Ежедневно

М	2	3	Выше	В браке. Есть ребёнок/дети	Никак	Примущественно я спокоен	Избегаю СМИ, соцсети, мессенджеры и любое общение на тревожащие меня темы. Больше отдыхаю. Слежу за питанием	У меня всегда отличное настроение	Больше отдыхаю. Больше времени гуляю на свежем воздухе. Слежу за питанием. Занимаюсь спортом. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы. Читаю интересные книги	Занялся своим здоровьем	Никак	Стал спать меньше. Рваный сон. Поверхностный, неглубокий сон	Такой же, как обычно	Несколько раз в день	
М	2	3	Не полное высшее	В браке. Есть ребёнок/дети	Никак	Примущественно я спокоен	Больше отдыхаю. Ничего не делаю	Иногда пребываю в подавленном настроении	Больше отдыхаю. Занимаюсь любимыми делами. Общаюсь с приятными людьми. Смотрю интересные фильмы. Читаю интересные книги	Никак	Никак	Появились проблемы с вниманием, памятью или мышлением. Никак	Такой же, как обычно, полноценный	Такой же, как обычно	Несколько раз в неделю
М	2	5	Выше	В браке	Никак	Совсем не тревожусь	Больше отдыхаю	У меня всегда отличное настроение	Занимаюсь спортом. Занимаюсь любимыми делами. Смотрю интересные фильмы	Стал больше заботиться о себе. Занялся своим здоровьем	Стал по-другому ощущать своё тело	Сплю много и хорошо, но всё равно не высыпаясь	Такой же, как обычно	Никогда	
М	2	4	Выше	Холост	Появилась или повысилась апатия. Стал (более) нервным. Стал менее общительным	Испытываю лёгкую тревожность	Хожу к психологу	Чще всего я в подавленном настроении	Принимаю витамины, БАД. Занимаюсь любимыми делами. Читаю интересные книги	Стал менее сдержанным. Стал более вспыльчивым. Стал бережнее относиться к себе	Хроническое заболевание перешло в состояние ремиссии	Стал спать меньше. Рваный сон. Плохо засыпаю	Такой же, как обычно	Раз в неделю	

Dist24.ru  
 ТГ: @student\_help24\_bot  
 Учебные работы под ключ!

Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни  
тревога

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	8	23	2	3.5
2	8	23	7	20.5
3	56	54	12	33.5
4	12	33.5	19	44.5
5	11	29.5	26	50
6	12	33.5	0	1
7	5	16	3	9
8	14	37.5	3	9
9	19	44.5	15	39.5
10	2	3.5	10	26.5
11	3	9	5	16
12	12	33.5	4	13
13	12	33.5	35	52
14	15	39.5	45	53
15	3	9	3	9
16	5	16	2	3.5
17	19	44.5	10	26.5
18	10	26.5	2	3.5
19	30	51	3	9
20	10	26.5	5	16
21	11	29.5	12	33.5
22	6	19	5	16
23	22	48	25	49
24	21	47		
25	8	23		
26	3	9		
27	19	44.5		
28	7	20.5		
29	16	41.5		
30	16	41.5		
31	14	37.5		
Суммы:		948		537

**Результат:  $U_{\text{эмп}} = 261$**

Критические значения

$U_{\text{кр}}$	
$p \leq 0.01$	$p \leq 0.05$
223	261

Полученное эмпирическое значение  $U_{\text{эмп}}(261)$  находится в зоне неопределенности.

# Dist24.ru

## ТГ: @student\_help24\_bot

# Учебные работы под ключ!

Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни  
депрессия

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	4	17	0	2.5
2	8	35.5	7	30.5
3	4	17	25	52

4	5	22	0	2.5
5	2	8.5	0	2.5
6	9	39.5	2	8.5
7	7	30.5	2	8.5
8	22	49.5	8	35.5
9	15	44.5	12	42
10	0	2.5	8	35.5
11	6	26.5	8	35.5
12	11	41	5	22
13	18	47.5	22	49.5
14	18	47.5	37	54
15	1	5.5	6	26.5
16	5	22	5	22
17	5	22	4	17
18	8	35.5	9	39.5
19	4	17	6	26.5
20	15	44.5	3	12.5
21	7	30.5	7	30.5
22	3	12.5	1	5.5
23	16	46	14	43
24	25	52		
25	2	8.5		
26	6	26.5		
27	8	35.5		
28	3	12.5		
29	25	52		
30	4	17		
31	3	12.5		
Суммы:		881		604

Результат:  $U_{\text{Эмп}} = 328$

Критические значения

$U_{\text{Кр}}$	
$p \leq 0.01$	$p \leq 0.05$
<b>223</b>	<b>261</b>

Полученное эмпирическое значение  $U_{\text{эмп}}(328)$  находится в зоне незначимости.

# Dist24.ru

## ТГ: @student\_help24\_bot

### Учебные работы под ключ!

Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни

Ширина головы

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	1.5	14.5	6	29
2	6	29	21	52
3	4	22	10	44
4	23.5	53	6	29
5	-0.5	9	1	12
6	2	18	-1	7.5
7	7.5	37	5	24

8	-3.5	3	-1.5	6
9	7	33.5	5.5	26.5
10	13	47	0	10
11	11	45	1.5	14.5
12	3.5	21	7.5	37
13	9	42	6.5	31
14	-2	5	28	54
15	9	42	1	12
16	9	42	-8.5	1
17	13.5	48.5	7	33.5
18	11.5	46	5	24
19	2	18	5	24
20	-1	7.5	7	33.5
21	-3	4	8	39.5
22	8	39.5	-7	2
23	2	18	2	18
24	17	51		
25	5.5	26.5		
26	7	33.5		
27	14	50		
28	7.5	37		
29	2	18		
30	13.5	48.5		
31	1	12		
Суммы:		921		564

Результат:  $U_{эмп} = 288$

Критические значения

$U_{кр}$	
$p \leq 0.01$	$p \leq 0.05$
<b>223</b>	<b>261</b>

Полученное эмпирическое значение  $U_{эмп}(288)$  находится в зоне незначимости.

## Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни

## Длина головы

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	8	38.5	10.5	44.5
2	3.5	28	5.5	33
3	9	40	6	35.5
4	11	46	13	48
5	0.5	12.5	0	9.5
6	1	16	-14	2
7	3	25	6	35.5
8	-1	7	-15	1
9	15	49.5	0.5	12.5
10	22.5	54	4.5	31.5
11	17	53	1.5	19.5
12	-1	7	10.5	44.5
13	3	25	15.5	51.5
14	3	25	9.5	42
15	1.5	19.5	-1	7
16	3	25	0.5	12.5
17	9.5	42	15	49.5
18	4	29.5	1.5	19.5
19	4	29.5	-5	3
20	9.5	42	1	16
21	6	35.5	12.5	47
22	3	25	0	9.5
23	1.5	19.5	-1.5	4.5
24	15.5	51.5		
25	2.5	22		
26	1	16		
27	4.5	31.5		
28	0.5	12.5		
29	6	35.5		
30	8	38.5		
31	-1.5	4.5		
Суммы:		906		579

Результат:  $U_{\text{эмп}} = 303$

Критические значения

$U_{\text{кр}}$	
$p \leq 0.01$	$p \leq 0.05$
223	261

Полученное эмпирическое значение  $U_{\text{эмп}}(303)$  находится в зоне незначимости.

Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни

Длина головы

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	-1	19.5	2	35.5
2	-1	19.5	9.5	52
3	2	35.5	1	31.5
4	7	49	-2	12.5
5	-1	19.5	-1	19.5
6	-7	2	-11	1
7	0	28.5	0	28.5
8	-1	19.5	4.4	45
9	-0.5	26	1.5	33
10	6	47	-5.5	6
11	7	49	-1	19.5
12	-5.5	6	4	43.5
13	2	35.5	0.5	30
14	-4.5	10	10	53.5
15	-0.5	26	1	31.5
16	-1	19.5	-6	3.5
17	3	41	10	53.5
18	2.8	40	2.5	38.5
19	-5	8.5	4	43.5

20	-6	3.5	-1	19.5
21	7	49	-0.5	26
22	-1	19.5	-2	12.5
23	-5	8.5	-5.5	6
24	3.5	42		
25	2	35.5		
26	9	51		
27	2.5	38.5		
28	-1.5	14		
29	-1	19.5		
30	5.5	46		
31	-2.5	11		
Суммы:		839.5		645.5

Результат:  $U_{\text{эмп}} = 343.5$

# Dist24.ru

Критические значения

ТГ: @student\_help24\_bot

$U_{\text{кр}}$	
$p \leq 0.01$	$p \leq 0.05$
223	261

# Учебные работы под ключ!

Полученное эмпирическое значение  $U_{\text{эмп}}(343.5)$  находится в зоне незначимости.

Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни

Длина шеи

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	9	46	-1.5	14
2	1	27	-8	2
3	0.5	22	8	43.5
4	30.5	53	14	51
5	1	27	11	49.5
6	9	46	-2	11
7	-4	4.5	0	20
8	6.1	41	1	27

9	-8.3	1	0.5	22
10	-1	16.5	5.5	38.5
11	34	54	-4	4.5
12	1	27	10	48
13	2	33	5.5	38.5
14	1	27	2	33
15	-2.5	8.5	-1	16.5
16	2	33	-2.5	8.5
17	-3.5	6	16	52
18	4	37	6.5	42
19	9	46	1	27
20	-2	11	-2	11
21	-0.5	18.5	2	33
22	6	40	8	43.5
23	-0.5	18.5	-1.5	14
24	3	36		
25	-3	7		
26	11	49.5		
27	0.5	22		
28	-5.5	3		
29	1	27		
30	2	33		
31	-1.5	14		
Суммы:		835		650

Результат:  $U_{эмп} = 339$

Критические значения

$U_{кр}$	
$p \leq 0.01$	$p \leq 0.05$
<b>223</b>	<b>261</b>

Полученное эмпирическое значение  $U_{эмп}(339)$  находится в зоне незначимости.

## Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни

## Ширина плеч

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	-10	9.5	-11	6.5
2	0	33	4.5	42
3	-4.5	22.5	3	40.5
4	1	34.5	17	51
5	-11	6.5	-8	13
6	9	46	-12	4
7	-13	2	1	34.5
8	1.7	37	8	44.5
9	-6	17.5	-7	14.5
10	-24	1	-1.5	32
11	18.5	52	2	38.5
12	2	38.5	13	49
13	-10	9.5	10	47
14	16	50	47.5	54
15	11	48	-11	6.5
16	-7	14.5	-2.5	30
17	22.5	53	8	44.5
18	-3	28	-4.5	22.5
19	-6	17.5	3	40.5
20	-11	6.5	1.5	36
21	-12.5	3	-6	17.5
22	-5	21	-8.5	11.5
23	5	43	-5.5	20
24	-3	28		
25	-3.5	25.5		
26	-3	28		
27	-2	31		
28	-6	17.5		
29	-3.5	25.5		
30	-4	24		
31	-8.5	11.5		
Суммы:		785		700

Результат:  $U_{\text{эмп}} = 289$

## Критические значения

U <sub>кр</sub>	
p≤0.01	p≤0.05
223	261

Полученное эмпирическое значение U<sub>эмп</sub>(289) находится в зоне незначимости.

Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни

## Ширина грудной клетки

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	0	37	-13.5	8
2	-1.5	33	-5.5	25
3	-15.5	4.5	-4	30.5
4	3.5	42.5	9	51
5	-8.5	14	7	47
6	19	53	-63	1
7	-7.5	18.5	-4	30.5
8	9	51	7.5	48.5
9	-7.5	18.5	-1	34
10	-20.5	2	-14	6.5
11	9	51	-4.5	28.5
12	-8	16	-8.5	14
13	-9	12	5	45.5
14	0	37	66.5	54
15	4	44	-7	21.5
16	1	40.5	-6.5	23
17	1	40.5	0	37
18	0	37	0	37
19	-5	26.5	3.5	42.5
20	-4.5	28.5	-6	24
21	-10.5	9.5	-16.5	3
22	-7	21.5	-14	6.5
23	5	45.5	-15.5	4.5

24	-5	26.5		
25	-7.5	18.5		
26	-10.5	9.5		
27	-9.5	11		
28	7.5	48.5		
29	-7.5	18.5		
30	-3	32		
31	-8.5	14		
Суммы:		862		623

Результат:  $U_{Эмп} = 347$

Критические значения

U <sub>Кр</sub>	
p ≤ 0.01	p ≤ 0.05
223	261

Полученное эмпирическое значение  $U_{Эмп}$  (347) находится в зоне незначимости.

**Учебные работы под ключ!**

Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни

### Ширина талии

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	1.5	41.5	-14	5
2	0	37	-2.5	29.5
3	-8	11.5	2	44.5
4	-30	1	-8	11.5
5	-8.5	10	0	37
6	5	48.5	-16	3.5
7	-1	32	-12	6
8	-5.5	19	6.3	51
9	-9	8.5	0	37
10	-22	2	-7	14
11	24	54	-3.5	25

12	-5.5	19	1	40
13	-1	32	9	52.5
14	9	52.5	-16	3.5
15	6	50	0	37
16	-3	27	-4	23
17	-4.5	21	0	37
18	1.5	41.5	-1	32
19	-3	27	-0.5	34
20	-9	8.5	2	44.5
21	2	44.5	-6	16
22	-4	23	-6	16
23	-3	27	3	47
24	2	44.5		
25	5	48.5		
26	-5.5	19		
27	-6	16		
28	-9.5	7		
29	-7.5	13		
30	-2.5	29.5		
31	-4	23		
Суммы:		838.5		646.5

Результат:  $U_{эмп} = 342.5$

Критические значения

$U_{кр}$	
$p \leq 0.01$	$p \leq 0.05$
223	261

Полученное эмпирическое значение  $U_{эмп}(342.5)$  находится в зоне незначимости.

Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни

**Ширина бедер**

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
---	-----------	--------	-----------	--------

1	-2	20	-3.5	13.5
2	10	47.5	15.5	50
3	0.5	26	18	52
4	-1	22.5	3	34
5	-8.5	5.5	-3	16.5
6	8	45.5	-18.5	1
7	2	30.5	-9	4
8	-3	16.5	-10	3
9	-2	20	5	39.5
10	-13.5	2	-3	16.5
11	37	53.5	5	39.5
12	-4	12	3	34
13	8	45.5	10	47.5
14	5.5	42.5	37	53.5
15	10.5	49	-1	22.5
16	2.5	32	-6.5	8
17	3.5	36.5	16.5	51
18	5	39.5	-3.5	13.5
19	-2	20	3	34
20	0.5	26	5.5	42.5
21	3.5	36.5	-7.5	7
22	-5	11	1	28
23	-5.5	9.5	-8.5	5.5
24	0.5	26		
25	1.5	29		
26	2	30.5		
27	-5.5	9.5		
28	7.5	44		
29	-3	16.5		
30	5	39.5		
31	0	24		
Суммы:		868.5		616.5

**Результат:  $U_{ЭМП} = 340.5$**

Критические значения

$U_{кр}$
----------

$p \leq 0.01$	$p \leq 0.05$
<b>223</b>	<b>261</b>

Полученное эмпирическое значение  $U_{\text{эмп}}(340.5)$  находится в зоне незначимости.

Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни

Длина кисти

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	12.5	41	-15	11.5
2	-3	19.5	1.5	28
3	-2	21	11	40
4	16	43	40	49.5
5	-12	13	2	29
6	52	53	-20	6
7	-1	24.5	23	45
8	19.5	44	28.5	46
9	-3	19.5	40	49.5
10	-50.5	1	-16	9
11	43.5	51	-1	24.5
12	-9	15	-15.5	10
13	3	30	57.5	54
14	36.5	47	50.5	52
15	-15	11.5	-1.5	22.5
16	-23	5	6	36
17	-8.5	16	3.5	31.5
18	39.5	48	1	27
19	4	33.5	-7.5	17
20	-1.5	22.5	4	33.5
21	-38	2	-27.5	4
22	-17	8	-33	3
23	5	35	10	38
24	7	37		
25	-0.5	26		
26	13	42		
27	-19.5	7		
28	3.5	31.5		

29	-10	14	
30	-6.5	18	
31	10.5	39	
Суммы:		818.5	666.5

Результат:  $U_{\text{эмп}} = 322.5$

Критические значения

$U_{\text{кр}}$	
$p \leq 0.01$	$p \leq 0.05$
223	261

Полученное эмпирическое значение  $U_{\text{эмп}}(322.5)$  находится в зоне незначимости.

Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни

Длина кисти

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	0.5	33	7.5	51
2	-1.5	24.5	-5	10.5
3	-1	26.5	0	30
4	8.5	52	-10	3
5	-5.5	9	4	44
6	-3	16	-6	8
7	0.5	33	0	30
8	-4.5	12.5	-2	21
9	10.5	53	12	54
10	-11.1	2	-4.5	12.5
11	-9.5	4	6.5	48.5
12	2	40	1.5	37.5
13	1	35.5	5.5	46.5
14	1.5	37.5	-17.5	1
15	-2.5	18	-0.5	28
16	-2	21	-7	6
17	2	40	5	45
18	7	50	2.5	42
19	-1	26.5	-2	21
20	-1.5	24.5	2	40

21	-7.5	5	-5	10.5
22	-2	21	-6.5	7
23	3	43	-2	21
24	0	30		
25	6.5	48.5		
26	5.5	46.5		
27	1	35.5		
28	-3	16		
29	0.5	33		
30	-4	14		
31	-3	16		
Суммы:		867		618

Результат:  $U_{\text{эмп}} = 342$

Критические значения

$U_{\text{кр}}$	
$p \leq 0.01$	$p \leq 0.05$
223	261

Полученное эмпирическое значение  $U_{\text{эмп}}(342)$  находится в зоне незначимости.

Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни

Длина ноги

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	6	34.5	3	25.5
2	0.5	23	11	39.5
3	2.5	24	-8	8
4	23.5	48	26	51
5	16.5	45.5	24.5	50
6	-11.5	6	-8	8
7	7	36	-20	4
8	-6.5	11.5	16.5	45.5
9	52.5	54	-3	17.5
10	-34	2	3.5	27.5
11	37	53	-4	16
12	9	38	12.5	41.5

13	-1	20	3.5	27.5
14	4.5	31	28	52
15	4	29	-2	19
16	6	34.5	-0.5	21
17	21.5	47	5.5	33
18	-23.5	3	0	22
19	-5	13.5	-12.5	5
20	4.5	31	7.5	37
21	-6.5	11.5	3	25.5
22	-36	1	-7	10
23	11	39.5	15	44
24	-8	8		
25	-3	17.5		
26	24	49		
27	13.5	43		
28	-4.5	15		
29	-5	13.5		
30	12.5	41.5		
31	4.5	31		
Суммы:		855		630

Результат:  $U_{эмп} = 354$

Критические значения

$U_{кр}$	
$p \leq 0.01$	$p \leq 0.05$
223	261

Полученное эмпирическое значение  $U_{эмп}(354)$  находится в зоне незначимости.

Автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни

Длина ступни

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	2	41	2	41
2	1.5	37.5	-0.5	29.5

3	-3.5	14	1	34.5
4	3.5	44	-6	12
5	-8	6	19	54
6	-1	26.5	-9.5	3.5
7	1	34.5	-1	26.5
8	-7	9	-3	17.5
9	9.5	50	-1	26.5
10	-16.5	1	-9.5	3.5
11	3.5	44	4	47
12	2	41	5.5	49
13	-0.5	29.5	13.5	52
14	-3.5	14	15	53
15	0	31.5	-6.5	10.5
16	-3	17.5	-7.5	7.5
17	0.5	33	11.5	51
18	3.5	44	1.5	37.5
19	-1	26.5	-1.5	23.5
20	-3.5	14	-1.5	23.5
21	-8.5	5	-3	17.5
22	0	31.5	-6.5	10.5
23	4	47	1.5	37.5
24	-7.5	7.5		
25	4	47		
26	-2	22		
27	1.5	37.5		
28	-3	17.5		
29	-2.5	20.5		
30	-2.5	20.5		
31	-10	2		
Суммы:		816.5		668.5

Результат:  $U_{\text{ЭМП}} = 320.5$

Критические значения

$U_{\text{Кр}}$
-----------------

$p \leq 0.01$	$p \leq 0.05$
<b>223</b>	<b>261</b>

Полученное эмпирическое значение  $U_{\text{эмп}}(320.5)$  находится в зоне незначимости.

**Dist24.ru**

**ТГ: @student\_help24\_bot**

**Учебные работы под ключ!**