

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ ИМЕНИ В.М. БЕХТЕРЕВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Утверждено
к печати решением
Ученого Совета
НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева
Протокол № 5 от 24.09.2020

**Нарушения образа тела в подростковом возрасте: клинические
особенности, диагностика, профилактика**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2020

УДК: [616.89-008.44:159.923.2]-07/-08(075.4)

Нарушения образа тела в подростковом возрасте: клинические особенности, диагностика, профилактика: методические рекомендации / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: А.А. Пичиков, Ю.В. Попов. – СПб.: / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2020. – 25 с.

Организация-разработчик: федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Авторы-составители: Пичиков А.А., Попов Ю.В.

Рецензент: Гречаный С.В. – заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, д.м.н., доцент.

Аннотация

В методических рекомендациях представлена актуальная информация, касающаяся различных психических расстройств, связанных с нарушениями образа тела у подростков. Описываются особенности образа тела при телесной дисморфии и расстройствах пищевого поведения. Обсуждаются различные факторы, способствующие формированию и закреплению неудовлетворенности телом и нарушений образа тела. Представлены современные методы оценки нарушений образа тела. Предлагаются различные психокоррекционные подходы в работе с подростками, имеющими данные нарушения.

Методические рекомендации предназначены для врачей-психиатров, клинических психологов, а также для врачей общемедицинской практики и специалистов, оказывающих помощь подросткам.

ISBN 978-5-94651-072-1

© НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2020.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
РАЗВИТИЕ ОБРАЗА ТЕЛА В ДЕТСТВЕ	5
ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЙ ОБРАЗА ТЕЛА У ПОДРОСТКОВ	7
ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ОБРАЗА ТЕЛА У ПОДРОСТКОВ	9
НАРУШЕНИЯ ОБРАЗА ТЕЛА ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ	15
НАРУШЕНИЯ ОБРАЗА ТЕЛА ПРИ ТЕЛЕСНОЙ ДИСМОРФИИ	18
ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ ОБРАЗА ТЕЛА, СВЯЗАННЫХ С ВЕСОМ	20
ФОРМИРОВАНИЕ ПОЗИТИВНОГО ОБРАЗА ТЕЛА У ПОДРОСТКОВ	22
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	24
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	24

Нарушения образа тела в подростковом возрасте: клинические особенности, диагностика, профилактика

А. А. Пичиков, Ю. В. Попов

ВВЕДЕНИЕ

Восприятие человеком собственного тела является областью исследований и практики, открытой для междисциплинарного изучения и включающей в себя исторические, антропологические, анатомические, социо-культурологические, психологические, нейробиологические, психиатрические и другие знания. Образ тела (ОТ) — это многогранный психологический опыт самоосознания, включающий в себя мысли, чувства и поведение, связанные с субъективным восприятием своего тела. Формирование ОТ происходит на протяжении всей жизни, в том числе под влиянием близких людей и общества. ОТ тесно соприкасается с собственной идентичностью и самооценкой, основными составляющими психического здоровья. «Я-концепция», связанная с внешним видом, лежит в основе субъективных вложений в собственную внешность и определяет качество жизни.

Нарушения ОТ могут встречаться: (1) в общей популяции, о чем свидетельствует литература, касающаяся частоты нормативного недовольства своим телом; (2) в контексте расстройства психического здоровья как симптома или последствий этого конкретного расстройства (например, при расстройствах пищевого поведения (РПП), телесной дисморфии (ТД), расстройстве гендерной идентичности и т. д.); (3) в контексте соматического или неврологического расстройства (например, при хроническом болевом синдроме); (4) как ответ на медицинское вмешательство (например, после мастэктомии).

Специалисту необходимо распознать роль и функцию нарушений ОТ в более широком контексте, чтобы определить, заслуживает ли проблема особого внимания, или это, возможно, является обычным опытом, связанным с другими важными проблемами, решение которых будет способствовать уменьшению степени выраженности негативного отношения к своему телу.

Нарушения ОТ являются критическим опытом для подростка. В случае формирования естественных для этапа роста и развития переживаний, связанных с желанием быстрее вырасти или соответствовать нормативам, характерным для ближайшего окружения, они могут практически не оказывать влияния на самооценку и отношения с другими людьми. Однако в случае сочетания определенных факторов риска (например, интернализации идеала худобы или критически настроенного окружения), обычное недовольство может перерасти в патологическую фиксацию на теме своего веса, формы тела или внешнего вида. Безусловно, в случаях, когда мы говорим о психических расстройствах, имеющих свою этиологию, нарушения ОТ являются лишь частью общего синдромакомплекса. Однако

в некоторых случаях именно нарушения ОТ являются первичным причинным фактором поведенческих изменений, запускающих цепочку событий в развитии расстройства.

Нарушения ОТ являются критической проблемой при РПП и ТД, которые, как правило, манифестируют именно в подростковом возрасте. Особенности данных расстройств и будут раскрыты в настоящих методических рекомендациях.

Под нарушениями ОТ в данной работе мы подразумеваем комплексный феномен, который включает в себя:

- расстройство восприятия (искажение ОТ), когда человек неадекватно воспринимает какие-то части тела или тело целиком;
- расстройство когнитивного и аффективного функционирования (неудовлетворенность ОТ), когда человек негативно оценивает свою внешность;
- поведенческие нарушения, связанные с перепроверкой «дефекта» или избеганием социальных ситуаций, предполагающих его демонстрацию.

Понятие негативного ОТ, с нашей точки зрения, может быть синонимичным неудовлетворенности своим телом. Однако если рассматривать позитивный ОТ как феномен, определяющийся не только отсутствием расстройств восприятия ОТ или положительным отношением к своему телу, но и включающий определенную работу по созданию и поддержанию своего тела здоровым, функциональным и красивым в широком диапазоне вариантов, то в таком случае негативный ОТ будет полностью соответствовать используемому нами в рекомендациях расширительному понятию нарушений ОТ.

Развитие образа тела в детстве

Уже в младенческом возрасте происходит осознание себя, как отдельного объекта окружающей среды. Например, нередко 4-месячные дети смотрят и улыбаются больше, реагируя на видео других детей, чем на видео самих себя. Тем не менее, только в возрасте около 2 лет дети имеют четкое осознание «я», узнавая себя в зеркалах и на фотографиях и называя себя «я». Примерно к 8 годам дети уже активно сравнивают себя с другими детьми. Одним из социальных сравнений, которые они делают, является сравнение своей внешности с внешностью других. Примерно в то же время самооценка детей дифференцируется по четырем областям: школьная успеваемость, социальная компетентность, физические/спортивные навыки и физическая внешность. Причем последние две категории самооценки, по сути, являются компонентами ОТ. Таким образом, саморазвитие, в том числе растущие навыки социального сравнения, является частью ОТ.

В то время как дошкольники знают о социальном неодобрении людей, имеющих избыточную массу тела и ожирение, их собственные проблемы с ОТ не всегда сосредоточены только на весе и форме тела. Девочки, возможно, уже больше озабочены внешностью (прическа и одежда), чем мальчики, в том числе, отчасти, потому, что игры в куклы или игровые компьютерные приложения побуждают их сосредоточиться на внешнем виде персонажей. Девочки могут также быть подвер-

жены более ориентированным на внешний вид образцам для подражания, включая их матерей, старших сестер и женские образы в СМИ.

Мальчики, с другой стороны, могут быть более сосредоточены на физической подготовленности, чем на внешности. Обычно это связано с их стремлением к командным спортивным играм, влиянием маскулинных образов, которые они видят в игрушках или СМИ, и распределением гендерных ролей («мальчик должен стать мужчиной, т. е. стать сильным, ловким и умелым»).

Обычно существует некоторая обеспокоенность по поводу размера тела уже среди 5-летних мальчиков и девочек. Это может отражать их желание вырасти, быть похожими на более старших детей или братьев/сестер. Тем не менее, к 6 годам есть явное свидетельство того, что дети начинают беспокоиться о весе и форме. Нередко обнаруживается, что 40–50% детей младшего школьного возраста уже недовольны каким-то элементом своего тела, его размера и/или формы.

Когда оценивается общая обеспокоенность по поводу внешнего вида или частей тела, обнаруживается, что между девочками и мальчиками обычно мало различий. Только общие проблемы ОТ связаны с переживаниями мальчиков о мускулистости («хочу пресс с кубиками»), а девочек о худобе («хочу плоский живот»). Это подтверждает, что даже маленькие дети подвержены гендерным сообщениям об идеальной форме тела. К школьному возрасту социальное сравнение, в том числе с братьями и сестрами, может быть частью этого процесса.

Единственным наиболее последовательным фактором риска неудовлетворенности своим телом у детей является ИМТ. Уже в возрасте 6 лет дети с избыточным весом или ожирением более недовольны своим весом, чем другие дети. Корреляция между неудовлетворенностью тела и ИМТ возрастает в начальной школе. Даже 4-летние дети не будут выбирать «пухлые» фигуры в качестве своего идеала, хотя они не ясно выражают, что быть толстым это «плохо». В начальной школе дети предпочитают дружить с детьми, имеющими средний вес, а не избыточный. Влияние сверстников может принимать форму моделирования отношения к весу и форме тел. Поддабривание и комментарии со стороны сверстников могут влиять на самооценку и желание похудеть у девочек даже в начальной школе.

Родители также могут служить образцом для подражания или комментировать внешний вид своего ребенка. Родители иногда дают ребенку завуалированные сообщения о его форме тела с помощью выбора продуктов питания или попыток контролировать прием пищи. Исследования показывают, что комментарии о форме тела от матерей могут быть более значимыми, чем комментарии отцов как для мальчиков, так и для девочек. Например, мальчики, чьи матери предполагают, что они должны быть более мускулистыми, показывают повышенный уровень недовольства своей мышечной массой.

Факторы риска нарушений образа тела у подростков

ОТ является серьезной проблемой для большинства подростков. Тревога, связанная с внешним видом, возникает у обоих полов и наносит значительный вред как физическому (в случае неоднократных попыток коррекции «дефекта»), так

и психическому здоровью. Помимо этого в значительной мере страдает сфера социальной коммуникации. Подросток замыкается в себе, ограничивает свое общение. При крайних вариантах возникает страх выходить на улицу, боязнь, что окружающие заметят «уродство».

В нашем современном мире большое внимание уделяется внешнему виду тела. Особое значение эта тема приобретает в жизни подростков. Подростковый период — это время бурного развития, и несколько факторов в этот период усиливают внимание подростков к внешнему виду и своему телу. К ним относятся: формирование половой зрелости, культура и приоритеты в среде сверстников, интерес к противоположному полу и становление личности (в особенности важным является формирование самооценки). Кроме того, молодые люди испытывают огромное давление, чтобы соответствовать идеалам внешнего вида, которые транслируют различные виды СМИ (интернет, журналы, телевидение и кино). Отношение к своему телу пронизывают многие аспекты жизни подростков, объясняя, почему проблемы с телосложением относятся к числу наиболее важных проблем, затрагивающих молодежь в современном обществе. Таким образом, подростковый период является значимым этапом для формирования ОТ, который будет оказывать влияние на физическое и психическое состояние и в более старшем возрасте. Можно выделить ряд факторов, которые имеют важное значение в процессе формирования ОТ у подростка.

Психологические факторы

Интернализация общественных идеалов привлекательности. Интернализация является одним из наиболее сильных факторов риска нарушений ОТ у подростков. Интернализация предполагает принятие социальных идеалов ОТ в качестве личных целей и стандартов, например, худобы для женщин и мускулистости для мужчин. Социальное давление на принятие общественных идеалов обуславливается СМИ, семьей и сверстниками. Однако не у всех подростков, которые подвержены этим влияниям, возникают проблемы с ОТ. Подростки с более высоким уровнем интернализации считают, что они должны стремиться быть более худыми или мускулистыми, как образы, которые распространяются СМИ. Более того, когда подростки сравнивают себя с этими идеалами, они обычно оказываются менее привлекательными, и недовольство своей внешностью усиливается.

Негативный аффект и самооценка. Неудовлетворенность телом может также определяться различными аспектами негативного аффекта, такими как депрессия, беспокойство, стыд, вина, чувство собственной неадекватности или беспомощности, и быть связанной с низкой самооценкой. Подростки, которые демонстрируют более высокий уровень негативного аффекта, также демонстрируют больше проблем с ОТ. Считается, что различные поведенческие стратегии, направленные на коррекцию тела, используются подростками как раз для регуляции отрицательных эмоций. Вместе с тем можно предположить, что негативный аффект может быть как фактором риска неудовлетворенности телом, так и след-

ствием более серьезных проблем с ОТ. Множество исследований подтверждают, что более высокий уровень негативного аффекта, более низкий уровень самооценки и другие негативные представления о себе связаны с более высокой неудовлетворенностью телом как у девочек, так и у мальчиков.

Адекватная самооценка как протективный фактор может быть более важной для девочек раннего подросткового возраста, поскольку они испытывают больше изменений в физическом развитии и подвергаются в этот период сильному социальному давлению, чтобы соответствовать общественным идеалам и быть принятой друзьями и сверстниками. Для мальчиков же значимость самооценки возрастает ближе к старшему подростковому возрасту, так как они меняются физически позже.

Перфекционизм. Перфекционизм является еще одним индивидуальным фактором, который связан с нарушениями ОТ. Учитывая, что перфекционисты проявляют чрезвычайные усилия для достижения часто недостижимых идеалов, понятно, что эти характеристики часто лежат в основе их проблем с ОТ и стратегиями изменения тела. Перфекционизм у подростков, направленный на ОТ, может быть связан с различными компонентами: личными высокими стандартами — «если я не похудею на 15 кг, то не добьюсь ничего в этой жизни»; тенденцией интерпретировать ошибки или случайные события как неудачу — «они все так смотрели на мой нос... меня никогда не примут в этот институт»; фиксацией на родительской критике — «когда я был ребенком, мама часто говорила мне, что я худой как щепка»; и родительскими ожиданиями — «папа очень хочет, чтобы я оставалась в балетной школе, но для этого мне нужно меньше есть».

Физические факторы

Избыточная масса тела и ожирение. Хотя неудовлетворенность телом является распространенной при всех размерах, в общей популяции высокий индекс массы тела (ИМТ) обычно связан с более высокой неудовлетворенностью. Даже в начальной школе дети с избыточным весом или ожирением сообщают о большей неудовлетворенности телом, чем их сверстники с нормальным весом. Избыточный вес и ожирение, а также сильное истощение часто подвергаются сильной стигматизации, что приводит к негативным социально-психологическим последствиям. Процессы сравнения своей внешности с внешностью других людей могут поддерживать или увеличивать неудовлетворенность тела с помощью петли обратной связи. Например, дети и подростки с избыточным весом и ожирением, а также их сверстники с нормальным весом формируют свое негативное отношение к толстым людям через процессы социального сравнения, которые, в свою очередь, приводят к повышению уровня неудовлетворенности телом, поскольку они не соответствуют социальным идеалам красоты. В конечном итоге, неудовлетворенность телом может быть связана с депрессией и плохой самооценкой, потенциально играющей роль при целом ряде психиатрических расстройств.

Врожденные нарушения. Небольшая часть подростков имеет врожденные нарушения, последствия травм или другие проблемы, которые предполагают их действительные отличия от нормы. Врожденные нарушения являются основной причиной видимых различий. Это физические нарушения, которые имеются с рождения, и у подростка нет опыта того, на что была похожа жизнь без них. К таким состояниям можно отнести заячью губу, отсутствие уха или глаза, недоразвитие челюсти, нейрофиброматоз 1 типа и другие. В целом, исследования показывают, что ОТ у подростков с врожденными заболеваниями не отличается от подростков без них. Кроме того, диапазон эмоций, мыслей и поведения по отношению к своему ОТ у подростков с этими проблемами сопоставим с таковым у подростков, которые обычно недовольны своим нормальным внешним видом. Степень видимой разницы, связанной с врожденным состоянием, по-видимому, не предсказывает уровень психологического стресса и неудовлетворенности внешним видом. Семейное окружение является важным фактором, так как некоторые родители сообщают о большей озабоченности внешностью своего ребенка, чем он сам, что в свою очередь влияет на его эмоциональное благополучие. Также значимым фактором является наличие сверстников в окружении ребенка, которые подвергают его издевательствам в связи с физическими особенностями, что может влиять на неудовлетворенность своей внешностью и самооценку.

Ожоги. Выжившие после значительных ожогов подростки также живут с рядом видимых различий, которые могут включать длительное рубцевание, изменения цвета кожи и потерю пальцев рук и ног, ушей или волос. Тем не менее, у выживших после ожогов не выявляется больше проблем с ОТ. Несколько исследований подростков, у которых были ожоги в детстве, показали, что они сообщали о более позитивных общих ощущениях по поводу своей внешности, более позитивной оценке того, как другие воспринимают их внешность и более высоком качестве жизни, чем в контрольной группе. Такие результаты часто рассматриваются как неожиданные из-за того, что многие убеждены в крайней озабоченности людей с подобными «дефектами» своей проблемой, что, по идее, должно мешать их «нормальной» жизни. Однако исследователи, напротив, подчеркивают высокий уровень устойчивости, развиваемый детьми и подростками с физическими проблемами. Эта устойчивость, возможно, связана с развитием здоровых навыков совладания, которые позволяют подросткам не фокусироваться на внешности и при этом иметь более глубокое понимание жизни. Вместе с тем, наличие деструктивного окружения (например, дразнящих сверстников), может все же создавать проблемы для самооценки у таких подростков.

Диагностика нарушений образа тела у подростков

Оценка нарушений ОТ у подростков должна быть комплексной и не ограничиваться только на проблемах, связанных с весом. То есть подразумевается диагностический поиск в континууме нарушений от слабо выраженной неудовлетворенности своим телом до клинически оформленных расстройств. К ним могут относиться, как РПП, так и ТД, в особенности, мышечная дисморфия.

При ответе на вопросы пациент может фиксировать свою неудовлетворенность ОТ или отдельными частями тела по шкале от 0 до 100% или оценивать ответ по пятибалльной шкале Ликерта (очень доволен / достаточно доволен / отношусь нейтрально / достаточно недоволен / крайне недоволен). Подростку необходимо задать следующие вопросы:

1. Насколько вы удовлетворены своим весом?
2. Насколько вы удовлетворены своей формой тела?
3. Насколько вы удовлетворены своими размерами мышц?

После этого необходимо уточнить уровень удовлетворенности конкретными частями тела. Насколько вас удовлетворяют ваши бедра, голени, грудная клетка (грудь), живот, размер (ширина) плеч, ноги, руки?

Такой же подход в оценке используется при уточнении важности ОТ и различных частей тела у подростка по сравнению с другими аспектами жизни. Предлагаются соответственно следующие ответы: очень важно / достаточно важно / нейтрально / недостаточно важно / совсем не важно. После этого задаются вопросы о важности внешнего вида различных частей тела. Подростку необходимо задать следующие вопросы:

1. Насколько важно для вас то, сколько вы весите, по сравнению с другими вещами в вашей жизни?
2. Насколько важна форма вашего тела по сравнению с другими вещами в вашей жизни?
3. Насколько важны размер и сила ваших мышц по сравнению с другими вещами в вашей жизни?

В связи с тем, что недовольство ОТ у подростков, как правило, приводит к поведению, направленному на его коррекцию, следует уточнить наличие определенных поведенческих стратегий и размышлений над ними. Предлагаются следующие ответы: всегда / почти всегда / часто / иногда / никогда.

Оценка стратегий для снижения веса:

1. Как часто вы думаете об изменении типа пищи или ее количества, чтобы похудеть?
2. Как часто вы меняете тип пищи, которую вы едите, чтобы похудеть?
3. Как часто вы отказываетесь от приема пищи, чтобы похудеть?
4. Как часто вы думаете об изменении уровня физической нагрузки, чтобы похудеть?
5. Как часто вы думаете о тренировках, чтобы похудеть?
6. Как часто вы меняете уровень физической нагрузки, чтобы похудеть?

Такие же вопросы могут быть заданы в ситуации недовольства подростком своей худобой или сниженной массой тела, но в контексте стратегий для увеличения веса.

Оценка стратегий для увеличения мышечной массы:

1. Как часто вы думаете об изменении типа пищи или ее количества, чтобы увеличить размер ваших мышц?

2. Как часто вы меняете тип пищи, которую вы едите, чтобы увеличить размер ваших мышц?
3. Как часто вы используете пищевые добавки, чтобы увеличить размер ваших мышц?
4. Как часто вы думаете об изменении уровня физической нагрузки, чтобы увеличить размер ваших мышц?
5. Как часто вы думаете о тренировках, чтобы увеличить размер ваших мышц?
6. Как часто вы меняете уровень физической нагрузки, чтобы увеличить размер ваших мышц?

Использование биологически активных добавок:

1. Как часто вы думаете о приеме витаминов, чтобы изменить вес или увеличить мышцы?
2. Как часто вы принимаете витамины, чтобы изменить вес или увеличить мышцы?
3. Как часто вы думаете о приеме пищевых добавок (например, средств для похудения или протеиновых смесей), чтобы изменить вес или увеличить мышцы?
4. Как часто вы принимаете пищевые добавки, чтобы изменить вес или увеличить мышцы?
5. Вы когда-нибудь принимали стероиды, чтобы увеличить мышцы? (ДА / НЕТ)
6. Сколько раз вы использовали стероиды?

(никогда / 1–2 раза / 3–5 раз / 6–10 раз / более чем 10 раз)

- за всю жизнь
- в течение последних 12 месяцев
- в течение последнего месяца

7. Как часто вы думаете о приеме стероидов для увеличения мышц?
8. Если бы вы могли принимать стероиды без причинения вреда вашему здоровью, как часто вы бы думали об их приеме?

Приведенная выше схема опроса позволит специалисту получить достоверную информацию для дифференциации нарушений вне зависимости от возраста, половой принадлежности подростка или его критичности к своему состоянию.

ОТ — это многомерная динамическая конструкция, которая имеет четыре измерения: перцептивный, аффективный, когнитивный и поведенческий. Большинство существующих оценочных мер охватывают только одно или два из этих измерений. Стоит отметить, что исторический акцент на ОТ как женской проблеме привел в итоге к тому, что многие меры, которые все еще являются одними из самых популярных, не учитывают потребности мужчин. Также, несмотря на значительный интерес со стороны исследователей за последние десятилетия к созданию различных вариантов измерения ОТ, существует ограниченное количество мер, которые были одобрены для использования в детском и подростковом возрасте.

Визуальные аналоговые шкалы

Этот метод оценки требует, чтобы исследуемый делал отметку на линии 10 см в ответ на вопрос, например, «Насколько вам нравится ваша фигура в данный момент?». При этом концы линии отмечены словами «совсем нет» или «полностью», чтобы указать их текущий уровень удовлетворенности для получения 100 баллов. Этот метод может оценивать в том числе удовлетворенность весом, формой тела или мышечной массой, а также касаться отношения к ним в прошлом или предполагать отношение к ним в будущем. Визуально-аналоговые шкалы выгодно смотрятся за их простоту использования, а также за их чувствительность к изменениям, что необходимо в экспериментальных исследованиях. Эти шкалы также считаются менее подверженными сознательной коррекции со стороны исследуемых, так как они вряд ли смогут вспомнить свои ответы при предыдущем опросе.

Установочные и оценочные шкалы

Данные меры оценивают мысли или чувства, связанные с нашим телом, и обычно исходят из скрининговых шкал для оценки РПП. В частности, шкала EDI (Garner et al., 1983), которая была адаптирована на русский язык О. А. Скугаревским (шкала оценки пищевого поведения, ШОПП), содержит подшкалу неудовлетворенности телом. Данная подшкала содержит 9 пунктов, связанных с оценкой четырех частей тела (живот, бедра, бока, ягодицы) и описывающих их как в позитивном, так и в негативном формате. Например, «Я считаю, что мои бедра слишком толстые» и «Я считаю, что мои бедра нормального размера». Также подшкала содержит один вопрос, связанный с удовлетворенностью внешним видом в целом («Я удовлетворен моей внешностью»). Исследуемый оценивает свои ответы по шестибальной шкале от «никогда» (0) до «всегда» (6). Подшкала неудовлетворенности тела в ШОПП (EDI), вероятно, является наиболее часто используемой мерой для оценки ОТ, и, тем не менее, нет больших исследований, связанных с оценкой этой шкалы у подростков.

Степень удовлетворенности/неудовлетворенности внешностью может быть измерена с помощью «Опросника отношения к собственному телу» (ООСТ; О. А. Скугаревский, С. В. Сивуха). Методика состоит из 16 пунктов, касающихся оценки человеком собственного тела и предполагаемой оценки его окружающими. Респондентам предлагается оценить степень субъективной приемлемости каждого утверждения на основании градации «никогда» — «иногда» — «часто» — «всегда» (от 0 до 3 баллов соответственно). Обработка представляет собой подсчет суммарного показателя (суммы баллов) по всем пунктам опросника и перевод полученного результата в девятибалльную шкалу стейнахов: 1–2 стейна (адекватное отношение к внешности); 3–7 стейна (умеренная неудовлетворенность внешностью); 8–9 стейна (выраженная неудовлетворенность внешностью).

Для измерения степени удовлетворенности отдельными частями тела может использоваться «Шкала удовлетворенности собственным телом» (ШУСТ; О. А. Скугаревский). Данная шкала представляет собой перечень из 21 части тела, каждую из которых респонденту предлагается оценить по семибальной шкале

Ликерта (от 0 до 6) в соответствии со степенью удовлетворенности ею, исходя из следующих критериев: 0 — полностью не удовлетворен, 6 — полностью удовлетворен. Обработка сводится к подсчету показателей удовлетворенности головой, туловищем, нижней частью тела как средних арифметических, а также к подсчету обобщенной степени удовлетворенности телом как процентного соотношения суммарного балла удовлетворенности всеми частями тела к максимально возможному баллу. В результате данная шкала позволяет оценить степень удовлетворенности своей внешностью в отношении отдельных частей тела для выявления наиболее и наименее «проблемных» сегментов, а также степень обобщенной удовлетворенности телом в процентах, исходя из показателей по отдельным частям тела.

Рейтинговые шкалы

Рейтинговые шкалы, использующие фигуральные стимулы, как правило, предоставляют респондентам ряд фигур — либо штриховых рисунков, либо измененных фотографий, которые масштабируются с точки зрения их ожирения (а иногда и мускулатуры). Например, Figures Rating Scale состоит из семи специфических для пола контуров фигур увеличивающегося размера, варьирующихся от 1 (самая тонкая фигура) до 7 (самая толстая фигура). Респонденты должны выбрать цифры под контурами, которые наиболее точно отражают их размер тела и идеальный тип телосложения. Неудовлетворенность телом измеряется через разницу между имеющимся и идеальным размерами тела.

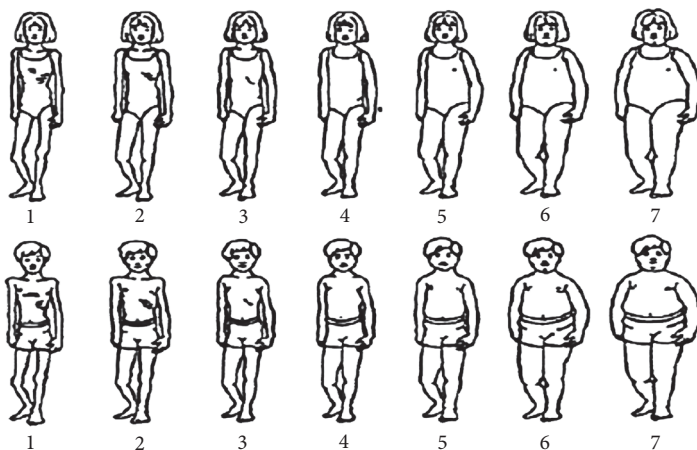


Рис. 1. Figures Rating Scale

Аналогично могут использоваться фотографические образы детей, представляющие континуум фигур от худощавого до тучного размера. Например, шкала CBIS (Children's Body Image Scale), предназначенная для оценки ОТ у детей 8–12 лет, базируется на измеренном ИМТ в качестве показателя формы тела. В ре-

зультате это позволяет определить точность восприятия ребенком своего размера тела, когда оценка по CBIS сочетается с измерением ИМТ у ребенка. Предыдущие исследования показали, что дети могут предоставить действительные оценки своей фигуры, даже если им всего 5 лет.

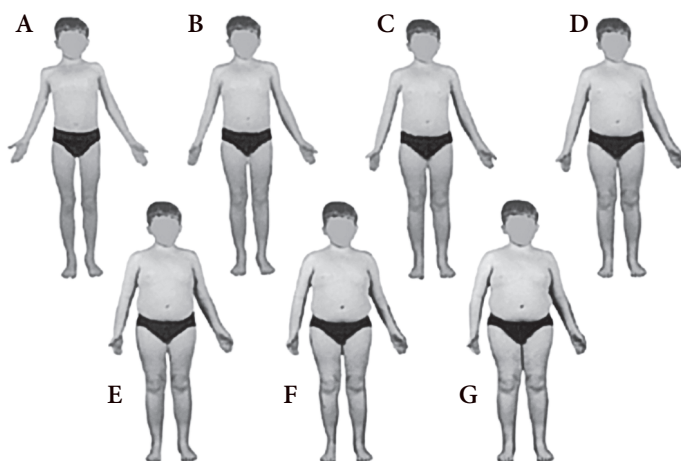


Рис. 2. Children's Body Image Scale (для мальчиков)

Контурные рисунки были изначально представлены как относительно быстрый и простой метод измерения ОТ. Тем не менее, данные методики в настоящее время реже используются из-за ряда методологических проблем. Ограниченное число образов и изменчивость в градациях означает, что они являются достаточно грубым вариантом измерения ОТ. Эти подходы также менее надежны при использовании у подростков, поскольку их тела меняются со временем. Наконец, тот факт, что градации увеличиваются только с точки зрения ожирения, ограничивает применение этих шкал у мужчин, поскольку они не могут точно указывать на неудовлетворенность мышечной массой.

Оценка перцептивного компонента ОТ

Реже всего, по крайней мере, в отечественной практике, проводится оценка перцепции, т. е. способности людей точно воспринимать размер своего тела. Эти методы требуют от исследуемого оценить свой текущий размер тела и обозначить идеальный размер тела. Искажение ОТ определяется по разнице между воспринимаемым размером тела и фактическим размером тела. Это похоже на использование фигурных рисунков и силуэтов, но в данном случае применяются реальные изображения исследуемых, которые могут быть трансформированы в зависимости от задачи. Данные подходы используют для этой цели специально разработанное программное обеспечение и новые технологии, такие как лазерное сканирование всего тела.

Для оценки восприятия размеров собственного тела у подростков также может использоваться такая методика. Респонденту предлагается, используя ленту без разметки (сворачивая ее в окружность, но не измеряя фактический объем), показать предполагаемую окружность плеч на уровне подмышек, талии на уровне пупка и бедер на уровне промежности. Эти окружности затем измеряются. Три показателя искажения ОТ могут быть рассчитаны отдельно для плеч, талии и бедер следующим образом: (воспринимаемая окружность / фактическая окружность) $\times$ 100. Среднее значение искажения ОТ может быть рассчитано так же.

Оценка поведенческого компонента ОТ

Для многомерной оценки нарушений ОТ у подростков необходимо также оценить его поведенческий компонент, который связан с определенными действиями, направленными на подтверждение имеющегося недостатка или избегающее поведение в связи с ощущением, что окружающие будут критически оценивать внешность. По сути, оценка данных форм поведения позволяет определить уровень обеспокоенности подростка своим телом, а также инвестиций для контроля за его состоянием.

Проверка тела у пациента включает серию повторяющихся компульсивных действий, таких как частое взвешивание, обхватывание руками «жирных» частей тела для определения их объема и рассматривание всего тела или его «дефекта» в зеркалах и отражающих поверхностях. Считается, что такое поведение еще более усиливает проблемы с ОТ, так как стимулирует повышенную бдительность в отношении мельчайших изменений в форме тела и весе. Избегание включает преднамеренное уклонение от ситуаций, которые могут усилить беспокойство людей по поводу их внешнего вида. Например, подросток может отказываться от посещения бассейна или похода на пляж, избегать обтягивающей одежды или физической близости. Предлагается задать вопросы подростку и его родственникам о наличии подобных форм поведения.

Нарушения образа тела при расстройствах пищевого поведения

Расстройства пищевого поведения (РПП) характеризуются стойким нарушением режима приема пищи или связанного с пищей поведения, которое приводит к изменению потребления или усвоения пищи и значительно ухудшает физическое здоровье и/или психосоциальное функционирование. Наиболее часто встречающимися РПП в подростковом возрасте являются нервная анорексия (НА) и нервная булимия (НБ).

НА характеризуется значительно низкой массой тела для роста, возраста и стадии развития человека, что не связано с другим состоянием здоровья или отсутствием пищи. Низкий вес сопровождается постоянным поведением, мешающим восстановлению нормальной массы тела, которое может включать поведение, направленное на снижение потребления энергии, очищающее поведение и поведение, направленное на увеличение расхода энергии.

НБ характеризуется повторяющимися приступами переедания и чрезмерным контролем над массой тела, который приводит к использованию крайних мер для предупреждения «полнящего» действия съеденной пищи. При данном расстройстве, в отличие от НА, в большей степени используется не ограничительное питание, а очистительные процедуры. Вместе с тем, периодическое использование диет может способствовать возникновению приступов перееданий.

РПП обычно начинаются в подростковом или юношеском возрасте. Они редко манифестируют до полового созревания или после 40 лет, вместе с тем описаны случаи как раннего, так и позднего начала. НА, как правило, начинается в среднем подростковом возрасте, а НБ в старшем подростковом или юношеском возрасте. Манифестация НА в подростковом возрасте чаще всего имеет более благоприятный прогноз. Сообщается, что около 70–80% пациентов в этой возрастной группе достигают ремиссии. Однако выздоровление может занять несколько лет, при этом оно связано с высоким риском развития других психических нарушений, в основном аффективных, тревожных, невротических расстройств, различных видов зависимостей.

НА, несмотря на сравнительно низкий уровень распространенности в общих когортах населения, является часто встречающимся заболеванием в женской популяции. По различным данным распространенность НА у девушек-подростков и женщин варьирует от 0,3 до 2,2%, у мужчин до 0,3%. Распространенность НБ у девушек-подростков и женщин варьирует от 0,5 до 1,6%, у мужчин от 0,1 до 0,7%.

«Краеугольным камнем» этих расстройств является патологическая озабоченность своим внешним видом в особенности весом тела и формой определенных частей тела, которые могут «накапливать жир». При НА наблюдается патологический страх перед прибавкой веса, а при НБ снижение веса является приоритетной целью в жизни и определяет все чаяния и стремления человека. При обоих расстройствах низкая масса тела или худоба являются центральными для самооценки человека. Пациенты с НБ более адекватны в оценке своей внешности, в отличие от пациентов с НА, которые даже в состоянии кахексии неадекватно воспринимают свой вес как нормальный или даже избыточный. Примечательно, что нарушения ОТ часто возникают еще до развернутой картины РПП.

Считается, что люди с НА склонны переоценивать размер своего тела. Это связано с различными факторами, в том числе с определенными личностными профилями и такими особенностями РПП, как interoцептивная некомпетентность и чувство неэффективности. Неудовлетворенность телом играет роль в поддержании РПП, особенно НА, что еще более усиливает устойчивость к терапии. Люди с ранним началом НА характеризуются большей неудовлетворенностью тела и стремлением к худобе, чем люди с поздним началом расстройства.

Подростки с РПП обычно проявляют выраженную неудовлетворенность телом, боязнь набрать вес и переоценку веса и формы тела. У них можно выделить несколько компонентов нарушений ОТ:

- Перцептивный — переоценка размеров своего тела;
- Аффективный — негативные переживания по поводу своего тела, связанные с чувством стыда, вины или, напротив, «позитивные» переживания в случае достижения результата по снижению веса;
- Когнитивный — мысли о собственном теле; боязнь набрать вес; низкая самооценка, связанная с телом;
- Поведенческий — избегание ситуаций, связанных с демонстрацией тела; ритуалы, связанные с проверкой тела (рассматривание себя в зеркале и отражающих поверхностях, постоянное взвешивание, контроль количества пройденных шагов).

Также к поведенческому компоненту можно отнести действия, направленные на уменьшение поступления в организм энергии или ее трату (ограничительное пищевое поведение; очистительные процедуры; повышенная физическая нагрузка).

Пациенты с НБ, по-видимому, не имеют генерализованного сенсорно-перцептивного дефицита, так как нет существенной разницы по сравнению со здоровыми людьми в оценке размеров нейтральных объектов. Считается, что искажение ОТ при НБ может быть связано с когнитивными и эмоциональными факторами: интернализация идеала худобы приводит к смещению внимания и негативной оценке тела или частей тела, которые воспринимаются большими, чем в действительности.

Те исследования, в которых было обнаружено экстремальное искажение ОТ чаще при НА, чем при НБ, предположили возможную причинную связь нарушений с голоданием. Считается, что из-за когнитивной ригидности у пациентов с НА не происходит «обновление» концепции своего тела даже в процессе значительного снижения веса, что приводит к опасному «порочному циклу» патологического поведения.

Медикаментозная терапия может играть важное значение в лечении РПП. Тем не менее, практически отсутствуют исследования, которые бы оценивали влияние фармакотерапии прицельно на нарушения ОТ. Уменьшение искажений ОТ у пациентов с РПП может происходить на фоне терапии за счет уменьшения обсессивно-компульсивных, аффективных и тревожных нарушений. Однако отмечено, что при нормализации массы тела у пациентов с НА проблемы в этой сфере все-равно сохраняются или даже могут усугубиться из-за прибавки веса. Это нередко приводит к рецидиву в данной группе пациентов.

В связи с этим следует исходить из подходов, нацеленных на все патологические звенья искаженного ОТ, которые могут быть связаны с эндофенотипическими особенностями РПП. Учитывая ограниченность эффекта от фармакотерапии у подростков с РПП, в настоящее время предлагаются к использованию следующие методы:

- мотивационная терапия (анозогнозия при НА, амбивалентное отношение при НБ);
- техники осознанности (интероцептивная некомпетентность);

- когнитивная ремедиация (когнитивная ригидность и слабая центральная когерентность при НА);
- семейная терапия (дисфункциональные семейные отношения);
- когнитивно-поведенческая терапия (мысли и эмоции, связанные с телом; компенсаторное поведение) и др.

Техники психологической помощи у подростков с РПП являются разнообразными и могут использоваться на различных этапах терапии с учетом возраста, когнитивных особенностей и первоочередных задач фазы реабилитационного процесса. Вне зависимости от используемых методов коррекции, общими целями психотерапии РПП являются: прекращение диет; формирование позитивного отношения к своему телу; отказ от очистительных процедур и других вариантов патологического поведения, связанного с регуляцией веса; улучшение навыков проблемно-решающего поведения и прогнозирования.

Нарушения образа тела при телесной дисморфии

Телесная дисморфия является относительно распространенным и приводящим к инвалидности психическим расстройством, характеризующимся чрезмерной и постоянной озабоченностью воспринимаемыми дефектами или недостатками в своем внешнем виде, которые незаметны для других, и связанным с повторяющимся поведением и навязчивыми сомнениями касательно своей внешности. Нарушения ОТ при ТД в отличие от РПП носят локальный характер и связаны с какой-либо одной или несколькими частями тела, например носом, ушами или кожными покровами. Отличие представляет мышечная дисморфия, которая связана с недовольством своей мышечной массой.

Распространенность ТД у подростков составляет 1,7–2,2% в общих когортах молодых людей и 6,7–14,3% в когортах пациентов психиатрических стационаров. Расстройство обычно начинается в подростковом возрасте с наиболее частым вариантом манифестации субклинических форм уже в 12–13 лет, но часто остается незамеченным и не диагностируется врачами. У 2/3 людей расстройство начинается в возрасте до 18 лет. Субклинические нарушения, как правило, постепенно усиливаются, и формируется клинически очерченная ТД, хотя некоторые люди описывают внезапное начало расстройства. ТД носит хронический характер, хотя улучшение возможно при получении адекватного лечения. Лица с началом расстройства в возрасте до 18 лет более склонны к суицидальному поведению, имеют больше сопутствующих заболеваний и имеют постепенное (а не острое) начало расстройства, чем люди с манифестацией заболевания во взрослом периоде. ТД у молодежи ассоциируется с серьезными функциональными нарушениями, включая снижение успеваемости, социальную абстиненцию и отчисление из школы.

В DSM-V ТД отнесена к рубрике обсессивно-компульсивных расстройств. В текущем издании МКБ-10 ТД не является независимой диагностической категорией, а вместо этого указана как термин включения при ипохондрическом расстройстве в рубрике «соматоформные расстройства». Симптомы ТД также

упоминаются в нескольких других диагностических категориях (например, бредовое расстройство, шизотипическое расстройство и другие хронические бредовые расстройства). В МКБ-11 предполагается выделение ТД как отдельной категории.

Диагностические критерии ТД в соответствии с DSM-V (шифр 300.7 — Body Dysmorphic Disorder):

- А. Озабоченность одним или несколькими видимыми дефектами или недостатками внешности, которые на самом деле отсутствуют или кажутся незначительными для других.
- В. В связи с фиксацией внимания на проблемах с внешностью формируется повторяющееся поведение: рассматривание себя в зеркале, чрезмерный уход за кожей, эксфолиации (расчесывание и ковыряние кожи), просьба к другим подтвердить наличие дефекта, сравнение своей внешности с внешностью других.
- С. Озабоченность вызывает клинически значимые расстройства или нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах деятельности.
- Д. Озабоченность внешностью не объясняется лучше проблемами с жировой массой тела или весом человека, симптомы которой соответствуют диагностическим критериям расстройства пищевого поведения.

Необходимо указать наличие мышечной дисморфии в случае ее идентификации. Человек с мышечной дисморфией озабочен идеей, что его тело слишком маленькое или недостаточно мускулистое. Эта рубрика используется, даже если человек озабочен другими областями тела, что часто имеет место.

Необходимо указать степень понимания адекватности убеждений в отношении ТД (например, «я выгляжу уродливым» или «я выгляжу деформированным»):

- Хорошее понимание: индивид признает, что убеждения в отношении ТД определенно или вероятно не соответствуют действительности, или что они могут быть или не быть правдой.
- Плохое понимание: индивид думает, что убеждения о ТД, вероятно, верны.
- Отсутствие понимания/бредовые убеждения: индивид полностью уверен в том, что убеждения о ТД являются истинными, точными и не искаженными.

Мышечная дисморфия (muscle dysmorphia, bigorexia, megarexia) — форма ТД, возникающая почти исключительно у мужчин. Она связана с озабоченностью идеей, что тело является слишком маленьким, недостаточно подтянутым или мускулистым. Люди с этой формой расстройства на самом деле имеют нормальное или даже очень мускулистое телосложение. Они также могут быть озабочены и другими участками тела, такими как кожа или волосы. Большинство лиц, страдающих мышечной дисморфией, чрезмерно используют диеты, физические упражнения и/или поднятие тяжестей, что иногда вызывает телесные повреждения. Некоторые используют потенциально опасные анаболические стероиды и другие вещества, чтобы сделать свое тело больше и мускулистее.

В соответствии с существующей доказательной базой клинические руководства рекомендуют КПТ и СИОЗС при лечении ТД.

КПТ для лечения ТД обычно включает 12–22 еженедельных сеанса. Ключевой терапевтической стратегией является техника конфронтации с подавлением тревожной реакции (exposure/response prevention). Она включает в себя постепенную конфронтацию с опасными ситуациями (например, ярким светом, зеркалами, социальными ситуациями) и противодействие побуждению к выполнению безопасных действий (например, маскировка, нанесение чрезмерного макияжа, погружение в мир своих переживаний) для нейтрализации дистрессовых переживаний. Дополнительные стратегии, которые используются в КПТ для коррекции ТД, включают психообразование, методы повышения мотивации, когнитивную реструктуризацию, зеркальный тренинг и тренинг внимания.

При лечении ТД используются ряд антидепрессантов, включая флуоксетин, флувоксамин, циталопрам, эсциталопрам и кломипрамин. Если нет ответа на один СИОЗС, может быть предложено альтернативное СИОЗС. Если эффекта нет или имеется только частичный ответ, по крайней мере, на два СИОЗС, то может быть предложен кломипрамин. Если эффекта нет или имеется только частичный ответ на СИОЗС или кломипрамин, тогда могут быть предложены стратегии аугментации. К ним относятся кломипрамин в сочетании с СИОЗС (особенно циталопрамом или эсциталопрамом) и буприон в сочетании с СИОЗС. Антипсихотики в низкой дозе могут быть теоретически полезными при определенных симптомах — например, когда пациент значительно возбужден или имеются экскориации. D-циклосерин показал некоторую эффективность в повышении эффекта КПТ при ОКР, социальной тревожности и других тревожных расстройствах и может быть оправданным для лечения рефрактерных вариантов ТД.

Клинический опыт демонстрирует, что для лечения ТД часто требуются более длительные курсы КПТ и более высокие дозы СИОЗС по сравнению с другими распространенными психическими расстройствами, такими как депрессия. Тяжелые случаи ТД лучше всего лечить в специализированных учреждениях, учитывая высокий уровень суицидального риска и трудностей лечения.

Профилактика нарушений образа тела, связанных с весом

Несмотря на глобальную пандемию ожирения, контекст визуальных и социальных сетей усиливает идеал худобы, закрепляет в общественном сознании стигму и предрассудки в отношении полноты и формирует неправильное представление о том, что формой, размером тела и весом можно легко манипулировать, а также без усилий контролировать достигнутые результаты.

Существует ограниченное понимание подходов к профилактике нарушений ОТ у подростков, имеющих проблемы с весом. Подходы, направленные только на повышение осведомленности о здоровом питании и физической активности,

оказались недостаточными. Считается, что необходимо также предоставлять информацию об особенностях формирования ОТ и предлагать способы уменьшения его искажения. В дополнение к более широким общественным мероприятиям большинство программ для подростков должны быть ориентированы на школу и семью. Особое внимание при разработке профилактических программ необходимо обращать на гендерные различия в подростковом возрасте, уязвимые группы среди подростков и определенные этапы подросткового возраста.

Профилактические стратегии могут включать в себя:

- экологические подходы, нацеленные на аспекты социокультурного контекста (например, осуждение насмешек и издевательств по отношению к телам других людей; ограничения в презентации идеала худобы, распространяемого индустрией моды);
- активистские подходы, которые поддерживаются заинтересованными членами сообщества посредством добровольного их участия (например, в кампаниях против рекламных объявлений, которые манипулируют ОТ и способствуют нездоровой худобе);
- подходы государственной политики, которые являются действиями правительства в отношении предотвращения нарушений ОТ и связанных с ним РПП и нарушений веса (например, через законодательство, кодексы поведения, поддержание инициатив на уровне общественных институтов);
- школьные подходы, которые могут быть нацелены на различные факторы, связанные с нарушениями ОТ у детей и подростков.

Ранние образовательные программы, которые проводились в школах, способствовали расширению знаний о питании, предоставляли информацию о вредном воздействии ограничительной диеты и пытались улучшить ОТ посредством анализа культурных корней идеалов женского тела. Однако, подобные дидактические инструменты и методы консультирования, ориентированные на то, как учащиеся (обычно девочки) воспринимают свое тело, улучшали знания, но оказывали незначительное влияние на проблемы с ОТ и соответствующее поведение по его коррекции.

Позже были разработаны подходы, направленные на улучшение ОТ с помощью улучшения самооценки, так как низкая самооценка очень распространена у подростков с нарушениями ОТ и считается основным фактором риска для формирования РПП.

Программы медийной грамотности нацелены на то, чтобы научить молодых людей критически оценивать сообщения, получаемые через СМИ, в том числе адекватно относиться к обилию в медиа клишированных изображений тела, которые способствуют постоянным сравнениям и неудовлетворенности собственным телом. Подобные подходы, по-видимому, способны снизить усвоение стереотипного медиа-идеала мускулатуры у мальчиков и худобы у девочек. Подходы, ориентированные на самооценку и медийную грамотность, показали свою эффективность, в особенности их интерактивные варианты, в некоторых случаях под руководством сверстников.

В последние два десятилетия в некоторых профилактических программах использовался подход когнитивного диссонанса (КД), главным образом для молодых женщин с высоким риском РПП и нарушений веса. Выражение КД относится к некомфортному состоянию напряжения, которое возникает у человека, когда необходимо сделать выбор между одинаково привлекательными или отталкивающими альтернативами или когда человек придерживается взаимно противоречивых убеждений, взглядов и поведения. Предполагается, что КД может способствовать изменению некоторых конфликтов в познании, в том числе связанных с необходимостью соответствовать общественным идеалам красоты и сохранением своего здоровья.

Формирование позитивного образа тела у подростков

Ранние исследования по профилактике нарушений ОТ были сосредоточены почти исключительно на изучении снижения негативного восприятия тела и/или РПП, в отличие от культивирования положительного ОТ. Этот фокус внимания понятен, учитывая взаимосвязь между неудовлетворенностью тела и патологическим поведением в виде ограничительных диет или очистительных процедур. Однако, уменьшение негативного ОТ без культивирования позитивного ОТ может привести к тому, что молодые люди будут придерживаться просто нейтрального или терпимого отношения к своему телу. Напротив, формирование позитивного ОТ может позволить подросткам ценить и уважать свое тело.

Конструкция позитивного образа тела многогранна. Она включает в себя: адекватную оценку своего тела и его функций; принятие своего тела и восхищение им, несмотря на социокультурное давление и стереотипы; ощущение комфорта, уверенности и счастья со своим телом; сосредоточение на сильных сторонах своего тела, а не на его воспринимаемых недостатках; и подкрепление положительной информации о своем теле при отказе от отрицательных мыслей и чувств по отношению к нему.

Считается, что спорт и йога являются одними из вариантов деятельности по созданию позитивного образа в расширительном понимании, подразумевающим формирование навыков осознанности. Осознанность подразумевает интеграцию сознания и тела, осознание тела и его восприимчивости, а также формирование ощущения физической компетентности и расширение своих телесных и ментальных возможностей.

Позитивный ОТ не просто противоположен негативному ОТ в определенном континууме, а скорее является отдельной конструкцией, в связи с чем его стоит культивировать отдельно в профилактических программах, направленных на улучшение ОТ уже в молодом возрасте. Исследования показывают, что подавление негативных мыслей и эмоций, связанных с телом, может обеспечить кратковременное улучшение самочувствия у некоторых людей, но у многих, как это ни парадоксально, может вызвать озабоченность такими мыслями, что приводит к поведенческим эффектам отскока, которые порождают долгосрочные неблаго-

приятные результаты. Например, люди, сидящие на диете, которые подавляют мысли и эмоции, связанные с едой и весом, испытывают больше тяги к еде и с большей вероятностью участвуют в эпизодах переедания, чем те, которые не сосредоточены на подавлении нежелательных мыслей.

Исследование положительных эмоций показывает, что они могут оказывать регулирующее воздействие на отрицательные переживания. Это говорит о том, что культивирование позитивных чувств к своему телу в молодом возрасте может обеспечить способ устранения негативных эмоций, вызванных нарушениями ОТ. Положительные эмоции приводят к более широкому восприятию, что, в свою очередь, может порождать «восходящую спираль» дальнейших положительных эмоций и устойчивого благополучия.

Специалист, который работает с подростками, ни в коем случае не должен игнорировать их потребности, пытаться обесценить или минимизировать их переживания простыми успокоительными советами. В результате подросток может истолковать это таким образом, словно он виноват или не прав. Не стоит пытаться убедить подростка одним лишь интеллектуальным диалогом принять свое тело. Не рекомендуется высказывать подростку или его родителям идеи, что проблемы надуманные или преувеличенные, и связаны с желанием привлечь внимание, сочувствие или компромисс. Большой ошибкой также будет полагать, что усиление чувства вины или стыда у подростка с негативным ОТ послужит позитивной мотивацией для изменений.

Психотерапия должна продвигать позитивный ОТ без каких-либо акцентов, способствующих формированию у подростка уверенности в том, что само тело должно измениться. Неверным является то, что позитивный ОТ возникает после того, как дефектный или нелюбимый аспект тела изменен или удален. Примером является убеждение, что потеря веса будет спонтанно и автоматически соотноситься с появлением принятия и любви к себе. Есть люди, у которых наблюдается формирование позитивного ОТ с потерей веса, особенно когда потеря веса повышает качество жизни и функционирования. Тем не менее, есть много альтернативных случаев, когда люди теряют вес и борются с «остатками жира», что приводит к разочарованию и ухудшению ситуации. Следует отметить, что потеря веса не должна быть гарантированной, ожидаемой или служить точкой сосредоточения в интенсивной работе над ОТ.

Мы считаем, что большее внимание к «позитиву» необходимо в программах по формированию ОТ, ориентированных на молодежь. Если молодые люди более позитивно относятся к своему телу, они могут лучше ценить, уважать и наслаждаться своим телом. Поэтому специалисты, работающие с подростками должны уделять больше внимания культивированию позитивного ОТ в различных контекстах жизни молодых людей. Методология и принципы психотерапевтической работы с ОТ у подростков будут раскрыты нами в следующих работах.

Список литературы

1. Белугина Е. В. Внешний облик как культурно-исторический феномен. Российский психологический журнал. 2008; 3: 58–65.
2. Желателев Д. В. Образ тела в самосознании старшеклассника и оценка его педагогом: дис. ... канд. психол. наук. СПб., 1999; 230.
3. Пичиков А. А., Попов Ю. В. Нервная анорексия у девушек-подростков: варианты течения, факторы рецидива и суицидальный риск на ранних этапах терапии. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2017; 4: 41–50.
4. Рамси Н., Харкорт Д. Психология внешности. СПб.: Питер, 2009; 256.
5. Скрипченко П. А., Пичиков А. А., Попов Ю. В. Мотивация и терапевтический альянс у девочек-подростков с нервной анорексией и проблема преждевременного прерывания лечения. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2015; 2: 30–35.
6. Allen M. S., Walter E. E. Personality and body image: A systematic review. Body Image. 2016; 19: 79–88.
7. Brechan I., Kvaalem I. L. Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: mediating role of self-esteem and depression. Eat. Behav. 2015; 17: 49–58.
8. Chen S. L., Hu L., Za Z. The Importance of Body Image in Clinical Practice. 2019; 66(5): 4–5.
9. Foster A. C., Shorter G. W., Griffiths M. D. Muscle dysmorphia: could it be classified as an addiction to body image? J. Behav. Addict. 2015; 4(1): 1–5.
10. Gattario K. H., Frisén A. From negative to positive body image: Men's and women's journeys from early adolescence to emerging adulthood. Body Image. 2019; 28: 53–65.
11. Grilo C. M., Crosby R. D., Machado P. P. P. Examining the distinctiveness of body image concerns in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. Int. J. Eat. Disord. 2019; 52(11): 1229–1236.
12. Guzmán de la Garza F. J. et al. Body frame size, body image, self-esteem, and health-related quality of life in schoolchildren. Am. J. Hum. Biol. 2019; 31(5): e23294.
13. Halliwell E. Future directions for positive body image research. Body Image. 2015; 14: 177–189.
14. Harrison A., Fernández de la Cruz L., Enander J. et al. Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Clin. Psychol. Rev. 2016; 48: 43–51.
15. McLean S. A., Paxton S. J. Body Image in the Context of Eating Disorders. Psychiatr. Clin. North Am. 2019; 42(1): 145–156.
16. Neves C. M., Cipriani F. M., Meireles J. F. F., Morgado F. F. D. R., Ferreira M. E. C. Body image in childhood: an integrative literature review. Rev. Paul. Pediatr. 2017; 35(3): 331–339.
17. Schilder P. The image and appearance of the human body. Routledge, 2013: 356.
18. Tylka T. L., Wood-Barcalow N. L. What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. Body Image. 2015; 14: 118–129.
19. Veale D., Gledhill L. J., Christodoulou P. et al. Body dysmorphic disorder in different settings: a systematic review and estimated weighted prevalence. Body Image. 2016; 18: 168–186.

Список обозначений и сокращений

CBIS — Children's Body Image Scale

DSM-V — Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition

EDI — Eating Disorder Inventory

ИМТ — индекс массы тела

КД — когнитивный диссонанс

КПТ — когнитивно-поведенческая терапия
МКБ-10 — Международная классификация болезней 10 пересмотра
НА — нервная анорексия
НБ — нервная булимия
ОКР — обсессивно-компульсивное расстройство
ООСТ — опросник отношения к собственному телу
ОТ — образ тела
РПП — расстройства пищевого поведения
СИОЗС — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
СМИ — средства массовой информации
ТД — телесная дисморфия
ШОПП — шкала оценки пищевого поведения
ШУСТ — шкала удовлетворенности собственным телом