

И.Е. Валитова, А.А. Галиновская
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ
ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ К НАРУШЕНИЯМ ПИЩЕВОГО
ПОВЕДЕНИЯ

Введение. В современном мире проблема питания и пищевого поведения приобретает все большее значение, а нарушения пищевого поведения в настоящее время стали серьезной проблемой в развитых странах, и их число неуклонно возрастает. Расстройства приёма пищи однозначно относятся к числу наиболее опасных и трудно поддающихся лечению и коррекции зависимостей [27]. Эта проблема также актуальна и для постсоветских стран. В нашей стране более 13% женщин имеют нарушения пищевого поведения, при этом ограничительные стереотипы питания выявлены у 5,5% респондентов. Пугающим фактом является «омоложение» нарушений пищевого поведения. Актуальность изучения пищевых аддикций определяется также трудностями ее выявления и лечения в связи со склонностью больных к сокрытию симптомов, несвоевременностью их обращения к специалистам, а также сложностью решения вопросов их реабилитации [27; 28]. Поэтому в настоящее время на первый план выдвигается проблема профилактики нарушений пищевого поведения.

Мы полагаем, что наиболее эффективным подходом к профилактике НПП является поиск признаков и симптомов склонности, или предрасположенности, у лиц группы риска. Выявление признаков нарушения пищевого поведения в его начальных формах позволит осуществить своевременную эффективную профилактику развития клинических форм нарушений пищевого поведения. Признаки НПП могут возникать на любом этапе возрастного развития, являясь симптомами нарушений эмоционального благополучия [8; 33]. Сами эти нарушения могут выступать в качестве предпосылок возникновения клинически оформленных вариантов пищевых аддикций в более старшем возрасте.

Проблема формирования склонности, или предрасположенности к НПП остается малоизученной. Современные исследования проблемы нарушений пищевого поведения в большей степени описывают психологические особенности девушек и женщин, уже страдающих данным расстройством, специфику их взаимоотношений с окружающими, отношение к собственной внешности и весу [10; 16; 19; 20; 27; 28 и др.]. Однако в последнее время появляются русскоязычные работы, в которых рассматриваются характеристики внутрисемейных отношений, образа тела в связи с формированием типов пищевого поведения в неклинической популяции подросткового возраста [1; 7]. М.Ю. Дурнева отмечает, что формирование доклинических видов НПП под влиянием социального окружения и информационного контекста происходит в популяции уязвимых подростков незаметно, а размытость критериев НПП еще более обостряет

проблему поиска признаков предрасположенности к ним и разделению их клинических и неклинических вариантов.

В клинической литературе используется понятие «предрасположенность к болезни», которое определяется как «повышенная вероятность заболевания в силу каких-то особенностей организма либо его окружения». В психологических словарях предрасположенность, или склонность, определяется как «навык, готовность и тенденция действовать определенным образом». Исходя из этих определений, предрасположенность к нарушениям пищевого поведения может быть определена как готовность человека использовать пищу и питание для решения психологических проблем.

Проблему предрасположенности к нарушениям пищевого поведения и ее формирования в онтогенезе следует рассматривать с позиций целостного биопсихосоциального подхода в клинической психологии (Д. Эйнджел). Пищевое поведение предстает как комплексный феномен, выполняющий разнообразные функции в жизнедеятельности человека. Анализ исследований, выполненных в междисциплинарной парадигме [2; 14; 15; 16; 24; 31 и др.], позволяет в модели пищевого поведения выделить биологический, социально-культурный, межличностный и индивидуальный уровни.

Биопсихосоциальный подход к определению нормы/патологии рассматривает болезнь как расстройство, угрожающее дисфункцией. При этом не каждое расстройство однозначно является болезнью, а может стать ею лишь при действии определенных условий [12; 13]. В соответствии с современным пониманием проблемы нормы/патологии применительно к психическим, в том числе аддиктивным, расстройствам отрицаются качественные и полагаются лишь количественные различия в поведении и психическом функционировании здорового и психически больного человека (А.Б. Холмогорова [13]).

Для выявления предрасположенности к нарушениям пищевого поведения следует ориентироваться на другие категории исследуемых: во-первых, это должны быть лица, не имеющие клинически определенных нарушений пищевого диагноза и не имеющих соответствующих диагнозов в соответствии с МКБ-10; во-вторых, это должны быть дети разного возраста и подростки.

В возрастной психологии в значительно большей степени исследованы нарушения питания и пищевого поведения на ранних стадиях развития ребенка [6; 9; 11; 33; 34]. Существует ряд факторов, которые повышают риск возникновения нарушений пищевого поведения, к ним относятся генетическая предрасположенность и социокультурные факторы [9; 13; 14; 15; 23]. В связи с тем, что склонность к расстройствам приема пищи формируется еще в детском и подростковом возрасте, одним из ведущих становится фактор внутрисемейных отношений. Уже в раннем детстве ребенок начинает связывать пищу с позитивными или негативными

эмоциональными состояниями и переживаниями. Пища нередко становится единственным средством коммуникации с родителями. Часто бывает, что родители предлагают ребенку еду вместо удовлетворения его других актуальных психологических потребностей, и хорошо относятся к нему, только лишь когда он хорошо ест. В результате ребенок растет, не осознавая своих эмоциональных потребностей и не зная, когда он голоден, а когда сыт. Не полагаясь на свои ощущения, такой ребенок ориентируется на родителей, не чувствует себя хозяином собственного тела, не контролирует собственное поведение, потребности и импульсы [5; 8].

Рассматривая семьи, в которых есть больные с НПП, С. Минухин [25] отмечает, что для них характерна атмосфера перфекционизма, тщеславия и стремления к социальному успеху. Члены семьи излишне стремятся оберегать друг друга, прилагают огромные усилия для поддержания мира или избегания конфликтов. Эти семьи выглядят как нормальные, члены которых преданы друг другу и заботливы. Однако, отрицание эмоциональных конфликтов, неспособность к их разрешению приводит к тому, что в семье постоянно царит напряженная атмосфера. В свою очередь, эти факторы могут приводить к формированию определенных преморбидных черт личности подростка.

В наших исследованиях [4; 5; 35] реализованы авторские методические подходы к исследованию предрасположенности к нарушениям пищевого поведения и определены психологические проблемы питания в дошкольном и младшем школьном возрасте. Установлена также связь ведущего типа пищевого поведения и оценки своего тела у девушек подросткового и раннего юношеского возраста.

Риск нарушений пищевого поведения у девочек-подростков изучались в работе Р.В. Александровой и Т.А. Мешковой [14]. В выборку были включена неклиническая популяция девушек подросткового возраста. Для выявления факторов риска были использованы опросники, использование которых позволяет получить количественные показатели для оценки факторов риска и установить проблемные области внутрисемейных отношений при их наличии. Учитывая ограничения опросных методов исследования, возникает вопрос о возможности использования других методов, в частности, проективных методов, для оценки факторов риска, или предрасположенности к нарушениям пищевого поведения у девушек-подростков.

В связи с этим мы определили цель представленного в данной статье исследования: выявить психологические признаки предрасположенности к нарушениям пищевого поведения у девушек-подростков. Мы предполагаем, что к нарушениям пищевого поведения в его клинических формах приводит совокупность всех признаков, характеризующих как само пищевое поведение, так и системные характеристики внутрисемейных отношений, в которые девушка включена, и ее преморбидные личностные особенности.

Организация и методы исследования. В эмпирическом исследовании приняли участие 57 девушек – учащихся 8-9 классов средних общеобразовательных школ. Возраст испытуемых 14-15 лет (старший подростковый возраст). На первом этапе исследования испытуемым предлагалось три методики, которые предъявлялись в следующем порядке: 1) проективная методика «Автопортрет», 2) Голландский опросник пищевого поведения, 3) шкала оценки пищевого поведения.

1. Проективная методика «Автопортрет» [1] позволяет выявить индивидуально-типологические особенности человека, его представления о себе, своей внешности и своей личности. В данной работе мы использовали интерпретацию Р. Бернса. Испытуемым предлагается чистый лист бумаги, набор карандашей и предъявлялась инструкция: «Нарисуйте свой портрет».

2. Голландский опросник пищевого поведения DEBQ (The Dutch Eating Behavior Questionnaire) [12] предназначен для выявления ограничительного, эмоциогенного и экстернального типов пищевого поведения. Первые 10 вопросов опросника представляют шкалу ограничительного пищевого поведения, которое характеризуется преднамеренными усилиями, направленными на достижение или поддержание желаемого веса посредством самоограничения в питании. Следующие 13 вопросов представляют шкалу эмоциогенного пищевого поведения, при котором желание поесть возникает в ответ на негативные эмоциональные состояния. При этом 9 пунктов шкалы касаются определенных эмоциональных состояний, таких как раздражение, подавленность (растерянность), гнев, ожидание, неприятности, тревога (беспокойство, напряжение), ощущение того, что все плохо, испуг, разочарование, эмоциональное потрясение (расстройство); а 4 пункта – состояний со смешанными эмоциями: когда нечего делать, одиночества, когда кто-то подводит, скуки или возбуждения. Остальные 10 вопросов касаются экстернального пищевого поведения, при котором желание поесть стимулирует не реальное чувство голода, а внешний вид еды, ее запах, текстура либо вид других людей, принимающих пищу.

3. Шкала оценки пищевого поведения (ШОПП) [26] предназначена для оценки нормативности/дезадаптивности ключевых феноменов отклоняющегося пищевого поведения с учетом факторной структуры опросника: «Стремление к худобе», «Булимия», «Неудовлетворенность телом», «Неэффективность», «Перфекционизм», «Недоверие в межличностных отношениях», «Интероцептивная некомпетентность». Мы использовали русскоязычную адаптацию методики «Шкала оценки пищевого поведения» О.А. Ильчик, С.В. Сивухи, О.А. Скугаревского, С. Суихи [22].

На втором этапе исследования мы выявляли семейные факторы склонности к нарушениям пищевого поведения, а также специфические черты личности девушки-подростка, имеющей эту склонность. Нами были модифицированы и дополнены методики «Незаконченные предложения» Сакса-Леви и методика «Генограмма».

Методика «Незаконченные предложения» [26] используется для выявления отношения испытуемого к жизненным обстоятельствам, к самому себе, к окружающим и т.д., выявляет скрываемые или неосознаваемые переживания, которые не удастся выявить в свободной беседе. В методику «Незаконченные предложения» мы включили 22 вопроса: 12 – из методики Сакса-Леви, 10 вопросов мы разработали самостоятельно. К ним относятся вопросы об отношении к внешности испытуемого, диете, собственным вещам, поведение за столом а также вопросы об отношении родителей к девушке-подростку.

Методика «Генограмма» [18] предназначалась для анализа семейной истории. Девушки должны были нарисовать генограмму своей семьи, используя предложенные символы, в том числе, обозначение характера отношений между членами семьи. Вопросы отражают характер отношений между членами семьи и семейные роли.

Результаты исследования и их обсуждение. Мы выделили критерии, в соответствии с которыми девушки были определены как имеющие особенности пищевого поведения. Первым критерием стало наличие одного из двух типов нарушений пищевого поведения (ограничительного и эмоциогенного). Мы посчитали целесообразным не включать экстернальный тип нарушения пищевого поведения в число критериев, т.к. он не дает основания диагностировать склонность к анорексии или булимии у девушек.

Среди шкал ШОПП мы выделили 4 шкалы, которые в большей степени отражают восприятие девушкой собственного тела – стремление к худобе, неудовлетворенность телом, поведение девушки в отношении к пище – булимия, а также неадекватно завышенные требования к себе – перфекционизм. Мы полагаем, что остальные характеристики – неэффективность, недоверие в межличностных отношениях, интероцептивная некомпетентность – не обязательно говорят о наличии отклоняющегося пищевого поведения и могут встречаться при неэффективных межличностных взаимоотношениях. Анализ полученных результатов позволил нам разделить испытуемых на 3 группы:

- 1-я группа – 21% девушек (13 человек) – девушки, не имеющие особенностей пищевого поведения ни по одному из критериев;

- 2-я группа – 33% девушек (19 человек) – девушки, имеющие нарушения по одному или нескольким типам по шкалам голландского опросника пищевого поведения, но не имеющие отклонений по шкалам ШОПП. В эту же группу мы отнесли девушек, не имеющих нарушений пищевого поведения по шкалам голландского опросника, но имеющих отклонения по шкалам ШОПП (неудовлетворенность телом, булимия, стремление к худобе, перфекционизм). В частности, 69% девушек-подростков из этой группы имеют ограничительный и/или эмоциогенный тип пищевого поведения, однако не имеют соответствующих критериев по шкале оценки пищевого поведения. 31% испытуемых имеют нарушения по одной или нескольким характеристикам из шкалы нарушений пищевого поведения,

однако тип их пищевого поведения не является отклоняющимся. При этом, пятая часть (21%) из этих испытуемых характеризуются неудовлетворенностью собственным телом, однако не ограничивает себя в питании. У трети девушек (34%) наблюдаются нарушения по шкале «булимия», 17% девушек-подростков имеют выраженный перфекционизм;

- 3-я группа – 46% девушек (25 человек) – девушки, имеющие один из двух типов нарушений пищевого поведения (ограничительный, эмоциогенный), а также имеющие отклонения по одной или нескольким шкал ШОПП (неудовлетворенность телом, булимия, стремление к худобе, перфекционизм). Эти испытуемые имеют ограничительный и/или эмоциогенный типы пищевого поведения, они характеризуются соответствующими психологическими характеристиками (перфекционизм) и клиническими признаками (чрезмерное беспокойство о весе, наличие эпизодов переедания и очищения, неудовлетворенность собственным телом).

Рассмотрим подробнее данные, полученные по каждой из методик. По результатам голландского опросника 60% девушек из третьей группы имеют нарушения по шкале «ограничительный тип пищевого поведения». Эти данные свидетельствуют о том, что более половины девушек ограничивают себя в питании, чтобы добиться желаемого веса и внешнего вида. 12% испытуемых имеют эмоциогенный тип пищевого поведения. Эти испытуемые используют пищу для «заедания» негативных эмоциональных состояний, а также как средство, которое помогает справиться со стрессом и страхами. Нарушения по обеим шкалам имеют 28% девушек.

По шкале оценки пищевого поведения 72% девушек-подростков из третьей группы испытуемых имеют нарушения по шкале «стремление к худобе», 72% испытуемых – по шкале «неудовлетворенность телом». Эти результаты свидетельствуют о том, что девушки чрезмерно беспокоятся о своем весе, не удовлетворены своим внешним видом или некоторыми частями своего тела и систематически предпринимают попытки похудеть. 44% испытуемых имеют нарушения по шкале «булимия», что свидетельствует о склонности к эпизодам переедания и последующего очищения организма. Также для 44% испытуемых характерно проявление перфекционизма в отношении высоких достижений, стремление во всем быть лучше остальных и неспособность прощать себе недостатки. Озабоченность образом собственного тела заставляет девушек придерживаться жестких диетических ограничений, а также ставить недостижимые цели.

Результаты, полученные с помощью методики «Автопортрет» [29], служат подтверждением данных, полученных в ходе анализа двух опросников. Мы выявили следующие особенности рисунков у испытуемых, входящих в третью группу. 48% из них изобразили только голову и/или бюст, что может говорить о неудовлетворенности телом или отдельными его частями. 28% испытуемых изобразили большие глаза, что говорит об озабоченности и чрезмерной чувствительности по отношению к общественному мнению. Отсутствие ушей в большинстве портретов может

свидетельствовать о невосприимчивости к критике со стороны окружающих. 16% девушек изобразили маленькие фигуры, которые занимают лишь небольшую часть доступного пространства. Это может говорить о депрессии и чувстве неадекватности. У 20% изображенных на портретах лиц отсутствуют кисти рук: они либо не нарисованы, либо спрятаны за спину. Также следует отметить портрет, на котором отсутствует лицо. Это свидетельствует о сложностях в общении, настороженности, враждебности к окружающим. Один автопортрет изображен схематически: голова, руки и ноги в виде палочек. Это может свидетельствовать о несформированности образа «Я» у девочки.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что большинство рисунков девушек, имеющих особенности пищевого поведения, отражают неудовлетворенность телом или отдельными его частями, об отрицательном восприятии себя и своего тела, неуверенности и неадекватности.

Далее мы проанализировали рисунки девушек из 1-й группы. Значительная часть девушек (78%) изобразили свой портрет в полный рост, при этом их рисунки расположены в центре листа. На рисунках прорисованы все части тела, кисти рук открыты. У 16% испытуемых изображена только голова, или голова и бюст. Еще 2 человека изобразили свое тело схематически.

Таким образом, на первом этапе мы выявили девушек, имеющих особенности пищевого поведения; около половины (46%) испытуемых имеют отклоняющийся тип пищевого поведения.

Для дальнейшего исследования мы отобрали только две группы испытуемых для сравнения: девушки, имеющие и не имеющие особенностей пищевого поведения. К первой группе мы отнесли девушек, имеющих особенности пищевого поведения: они характеризуются неудовлетворенностью своим внешним видом, отдельными частями своего тела, стремлением к худобе. С целью достижения желаемого веса и его поддержания они используют ограничительный тип поведения, либо используют пищу для «заедания» негативных эмоциональных состояний. Эти девушки характеризуются повышенной требовательностью к себе и своему внешнему облику.

Ко второй группе – группе сравнения – мы отнесли девушек-подростков, не имеющих особенностей пищевого поведения. Они адекватно оценивают свою внешность, удовлетворены своим телосложением, хотя при этом некоторые из них используют ограничения в питании. Несмотря на это, они не имеют признаков нарушения пищевого поведения по приведенным критериям. Эта группа может быть охарактеризована как благополучная с позиций пищевого поведения.

Проанализируем далее особенности внутрисемейных отношений в двух группах испытуемых – группе риска и благополучной группе сравнения, используя данные методик «Неоконченные предложения» и «Генограмма». С

целью выявлению различий между двумя группами испытуемых мы использовали критерий χ^2 Пирсона.

В семьях девушек, имеющих отклоняющееся пищевое поведение, наблюдаются определенные характеристики межличностных отношений. Так, для этих семей характерны авторитетность и доминирование матери, отец же в семье находится «на вторых ролях». Треть девушек отмечают негативную оценку их внешности со стороны отца. Противоположная картина наблюдается у девушек из группы сравнения. В этих семьях авторитетом пользуется отец либо оба родителя, а отношение отца к девушке в целом положительное ($\chi^2_{\text{эмп}} = 31,508$; $\chi^2_{\text{крит}} = 11,345$, $p < 0,01$).

При сравнительном анализе установлено, что для семей девушек первой группы характерно стремление к социальному успеху всех членов семьи. При этом в семьях девушек, которые относятся ко второй группе, ориентация на успех в большей степени характерна для отца ($\chi^2_{\text{эмп}} = 50,694$, $\chi^2_{\text{крит}} = 15,086$, $p < 0,01$).

Более чем в половине семей девушек, неудовлетворенных своей внешностью и имеющих особенности пищевого поведения, прослеживается сосредоточение матери на диетах. Из этого можно сделать вывод, что девушки-подростки копируют идеалы и поведение матери. Матери девушек второй группы в основном относятся к диетам отрицательно ($\chi^2_{\text{эмп}} = 19,524$; $\chi^2_{\text{крит}} = 6,635$, $p < 0,01$).

Методика «Генограмма» позволила выявить характер взаимоотношений в семьях девушек обеих групп. Более половины девушек первой группы обозначают характер отношений между членами семьи как «очень близкие», «запутанные». Полученные данные могут свидетельствовать о том, что для этих семей характерны чрезмерно тесные связи, которые препятствуют развитию автономии членов семьи, в первую очередь, подростков. Большинство девушек, не имеющих особенностей пищевого поведения, характеризуют отношения в семье как близкие. При этом в первой группе отмечается стремление матери опекать подростка, что влечет за собой ограничение его свободы и способности самостоятельно принимать решения ($\chi^2_{\text{эмп}} = 84,883$ $\chi^2_{\text{крит}} = 15,086$, при $p < 0,01$).

В исследовании выявлено, что для девушек обеих групп характерно проявление заботы всех членов семьи друг о друге. Однако половина девушек первой группы отметили, что в основном заботу в их семье проявляет мать, а отец любит, чтобы о нем заботились. У трети девушек из группы риска отцы пренебрежительно относятся к их внешности, употребляя при этом неприемлемые слова. Это, в свою очередь, негативно отражается на оценке подростком своей внешности.

Мы предположили, что выявленные характеристики семейных отношений могут быть связаны с формированием определенных преморбидных черт личности подростка. Оказалось, что две трети девушек группы риска (68%) испытывают генерализованное чувство вины. Об этом свидетельствуют их ответы на вопрос «В детстве я чувствовала вину за то,

что...». Испытуемые давали такие ответы, как «приношу людям боль», «вина, что я вообще существую», «часто делаю что-то не так», «что натворила что-то плохое», «не заставила папу пойти на работу». Таким образом, девушки испытывают вину не за конкретный поступок, это чувство у них не имеет конкретного предмета.

У девушек группы сравнения генерализованное чувство вины встречается лишь в 15%. При этом в большинстве случаев испытуемые называли конкретные причины, по которым они испытывают вину, например, «набила мальчика», «обзывалась на сестру». Также девушки давали ответы на вопросы о своем прошлом и о том, каким они видят будущее: «Я сделала бы все, чтобы забыть...», «Когда я была ребенком...», «Будущее кажется мне...», «Наступит тот день, когда...». У трети подростков первой группы наблюдается отрицательное отношение к их прошлому. Об этом свидетельствуют ответы «хотела умереть», «забыть предательство и боль», «забыть прошлое», «предательство друзей и их ложь». То же можно сказать и об отношении к будущему. Половина испытуемых видит будущее как нечто пугающее, неопределенное: «обманчивое и жестокое», «наступит день – я умру», «туманное и грустное», «будущее кажется странным», «ужасное». Как следует из ответов девушек-подростков, около половины из них испытывают тревогу, подавленность, неопределенность. При анализе ответов девушек из группы сравнения обнаружилось, что лишь у 18% наблюдается чувство тревоги.

При ответе на вопросы «Мне не нравится в себе...», «Я считаю себя...» большинство девушек первой группы (84%) указывали на свою внешность. Подростки давали такие ответы, как «внешность», «все», «вес», «внешность и фигура», «жирная фигура», «мой жир», «ляжки». Большинство считают себя «некрасивой», «толстой». Также некоторые исследуемые перечисляли качества характера, которые им в себе не нравятся: «вспыльчивость», «упрямость», «злопамятность». Девушки из группы сравнения в основном перечисляли качества своего характера: «раздражительность», «лень», «вспыльчивость». Встречались такие ответы, как «слишком добрая», «иногда могу наврать», «не очень умная» и др. Лишь 18% девушек группы сравнения ответили, что им не нравится в себе внешность. При этом они давали следующие ответы: «лицо», «слишком большие глаза», «фигура».

Обобщенные данные сведены в таблицу 1.

Таблица 1 – Специфические черты личности подростка

Черты личности подростка		1 группа (группа риска)		2 группа (группа сравнения)	
		n	%	n	%
Вина	генерализованное чувство вины	17	68	5	15
	вина за конкретный поступок	6	24	25	79
	затруднились ответить	2	8	2	6
Тревога	испытывают тревогу	13	52	6	18

	не испытывают тревогу	12	48	26	82
отношение к прошлому	Положительное	13	52	25	78
	Отрицательное	8	32	6	18
	затруднились ответить	3	12	1	4
отношение к будущему	Положительное	12	48	27	84
	отрицательное	13	52	4	12
	затруднились ответить	0	0	1	4
неудовлетворенность своей внешностью		21	84	6	18

Различия между двумя группами девушек являются статистически значимыми ($\chi^2_{\text{эмп}} = 175,634$, $\chi^2_{\text{крит}} = 18,307$, при $p < 0,01$).

Заключение. Таким образом, предрасположенность к нарушениям пищевого поведения у девушек-подростков состоит в повышенной вероятности возникновения нарушений пищевого поведения в силу особенностей организма, внешних благоприятствующих факторов, черт личности и характеристик внутрисемейных отношений. В исследовании установлено, что около половины девушек старшего подросткового возраста не удовлетворены своей внешностью и ограничивают себя в питании, чтобы добиться желаемого веса и внешнего вида, либо использует пищу в качестве «заедания» негативных эмоциональных состояний, а также как средство, которое помогает справиться со стрессом и страхами.

Среди девушек-подростков наиболее часто встречаются два типа нарушений питания: ограничительный тип, при котором девушка предпринимает намеренные усилия, направленные на достижение желаемого веса посредством самоограничения в питании; эмоциогенный тип, при котором желание поесть возникает в ответ на возникновение негативных эмоциональных состояний. Девушки с этими типами нарушений питания характеризуются неудовлетворенностью своим весом, телом или его отдельными частями, стремлением к худобе, склонностью к перееданию и проявлениями перфекционизма.

В исследовании доказано, что две группы девушек-подростков – склонных и несклонных к НПП – различаются между собой следующими факторами внутрисемейных отношений: авторитарность матери при пассивной роли отца в семье; ориентация всех членов семьи на успех и достижения в сочетании с повышенной требовательностью к внешнему виду и озабоченностью фигурой; отношения чрезмерной заботы и близости между членами семьи; негативная оценка родителями внешности девушки-подростка.

Выявленные семейные факторы связаны с формированием специфических черт личности девушки-подростка. Более половины девушек из группы риска испытывают чувство вины, которое носит неопределенный характер и не связано с конкретными поступками. Половина девушек испытывает тревогу относительно будущего, которое кажется ей пугающим,

у девушек также имеются отрицательные переживания, связанные с детством, которые они желают забыть.

Мы полагаем, что выявленные различия между группами девушек, реализующих разные виды пищевого поведения, могут рассматриваться как признаки предрасположенности к нарушениям пищевого поведения. Их можно разделить на следующие группы: предпочитаемый тип пищевого поведения, отношение девушек к собственному телу, особенности внутрисемейных отношений, психологические особенности личности девушки-подростка. Признаками предрасположенности к нарушениям пищевого поведения могут считаться: неудовлетворенность девушки собственным телом и использование ограничительного типа питания, ценности семьи и особенности внутрисемейных отношений (стремление к успеху, отсутствие границ между членами семьи), личностные особенности отца и матери (доминирование матери при пассивной роли отца, сосредоточенность матери на диетах), а также специфические черты личности подростка (генерализованное чувство вины, повышенная тревожность, неуверенность в себе).

Постулат о континуальности, или непрерывности перехода от нормы к патологии получил в нашей работе эмпирическое подтверждение применительно к нарушениям пищевого поведения. Наблюдаемые в доклинической стадии признаки нарушений пищевого поведения на биологическом, социокультурном, межличностном и индивидуальном уровнях фактически тождественны тем, которые характеризуют клинические варианты данного расстройства, в частности, нервной анорексии. Различия между доклинической и клинической стадиями являются, вероятно, лишь количественными. Дискуссионным остается вопрос об отсутствии диагноза клинически определенных нарушений пищевого поведения у тех девушек-подростков, которые в нашем исследовании рассматриваются как находящиеся на доклинической стадии.

Определенные нами критерии предрасположенности девушек-подростков к нарушениям пищевого поведения могут быть использованы для разработки диагностических, в том числе скрининговых, методик для определения девушек из группы риска с целью проведения профилактической и психокоррекционной и консультативной работы с семьей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Alexandrova R. (2016) Osobennosti vnutrisemeihsykh otnoshenii devushek-podrostkov s riskom narushenii pishchevogo povedeniya. [The features of the family relations of the teenage girls at risk of eating disorders]. *Clinical and special psychology*, vol. 5, no 2, pp. 33–45. doi: 10.17759/psyclin.2016050203.

2. Andrushchenko N. (2015) Regulaytornye rasstroystva v mladencheskom i rannem detskom vozraste [The regulatory disorders in infancy and early childhood: a tutorial]. St.-Peterburg: GBOU VPO SZGMU I. Mechnikova.
3. Bodalev A. (2000) Obshchaya psihodiagnostika [General psychodiagnostics]. St.-Peterburg: Rech.
4. Valitova I., Strunec E. (2013) The features of self-esteem in adolescent girls prone to eating disorders. Commonwealth Science. Baranovichi 2013: Proceedings of IX Intern. scientific-practical. Conf. young researchers (Belarus, Baranovichi, May 23-24, 2013), RIO BarGU, pp. 115–117.
5. Valitova I., Chemerevskaya V. (2015) Psychological problems of nutrition of preschool and young school children. Bulletin of the University of Brest. Series 3. Philology. Pedagogy. Psychology (Belarus, Brest), pp. 157-167.
6. Dol'to F. (1997) Na storone rebenka [On the side of a child]. Moscow: Agraf.
7. Durneva M. (2014) Formirovanie otnosheniya k telu i pischevego povedeniya u devushek podrostkovogo i yunosheskogo vozrasta. [The formation of relation to a body and eating behavior in adolescent girls]. Diss.kand.psichol. nauk, Moscow.
8. Durneva M.U. Development of an eating behavior: the way from infancy to adolescence. Review of foreign studies [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaya i spetsial'naya psihologiya], 2015, vol. 4, № 3, pp. 1-19, doi: 10.17759 / psycljn. 2015040301.
9. Justin. (2008) Etim utrom ya reshila perestat' est' [This morning I decided to stop eating]. Moscow: Ripol Classic.
10. Il'chik O. (2015) Interpersonal interaction in the parent and grandparent families of girls with eating disorders. Diss.kand. psichol. nauk, Minsk.
11. Isaev D. (2005). Emotsional'nyi stress, psihosomaticheskie i somatopsihicheskie rasstroystva u detey [Emotional stress, psychosomatic and somatic and mental disorders in children]. St.-Peterburg: Rech.
12. Perre M., Bauman U. (2003) Klinicheskaya psihologiya [Clinical psychology]. St.-Peterburg: Piter.
13. Holmogorova A. (2013) Klinicheskaya psihologiya: uchebnik dlya stud. uchrejdenii vysh. prof. obrazovaniya. T. 1. Obshchaya psihopatologiya [Clinical Psychology: Textbook for students of institutions of higher. prof. education. Vol. 1. General Psychopathology]. Moscow: Academia.
14. Komer R. (2005) Patopsihologiya povedeniya: narusheniya i patologiya psihiki [Pathopsychology of behavior: disorders and mental pathology]. St.-Peterburg: Prime-EUROZNAK. Moscow: OLMA-press.
15. Konner M., Armitaidg D. (2012) Social'naya psihologiya pishchi [Social psychology of food]. Char'kov: Humanitarian Center.
16. Konovalov V. (2004) Socialnuye problem psichosomaticheskogo razvitiya u detei [Social problems of child psychosomatic development]. Journal of Applied Psychology. Medical Psychology, nom. 3, pp. 46-50.
17. Korkina M. (2006) Psihiatriya: uchebnik dlya stud. med. vuzov [Psychiatry: A Textbook for high schools students]. Moscow: MEDpress-inform.

18. Lidets A. (2008) Psichologicheskoe obsledovanie sema`i [Psychological investigation of a family]. Moscow: Academia.
19. Mazaeva N., Osipova A. (2007) Nervnaya anorexiya – problema dalekaya ot razresheniya [Anorexia nervosa – a problem far from being solved]. Journal of Neurology and Psychiatry, nom. 6, pp. 85-94.
20. Mendelevich V. (2005) Klinicheskaya i medicinskaya psihologiya: uchebnoe posobie [Clinical and medical psychology: Textbook]. Moscow: MEDpress-inform.
21. Mendelevich V., Solov`eva S. (2002) Nevrozologiya i psichosomaticheskaya medicina [Nevrozology and psychosomatic medicine]. Moscow: MEDpress-inform.
22. Skugarevskiy O. (2005) Metody diagnostiki narusheniy pishchevogo povedeniya. Instruktsiya po primeneniyu [Methods of diagnostic of eating disorders. Instructions for users]. Minsk.
23. Meshkova T.A. Rol' nasledstvennosti i sredy v etiologii narushenii pishchevogo povedeniya. I. Obzor semeinykh issledovaniy [Elektronnyi resurs] [Heredity and environment in etiology of eating behavior disorders. I. Review of family studies]. Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya [Clinical Psychology and Special Education], 2015, vol.4, no. 1. Available at:<http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n1/Meshkova.shtml> (Accessed 14.03.2016). (In Russ., Abstr. in Engl.).
24. Mikirtumov B., Koshchavtsev A., Grechanyi S. (2001) Klinicheskaya psichiatriya rannego detskogo vozrasta [Clinical psychiatry of early childhood]. St.-Peterburg: Piter.
25. Minuhin S., Fishman Ch. (1989) Techniki semeynoy terapii [Family Therapy Techniques], Moscow: Class.
26. Raygorodskiy D. (2005) Prakticheskaya psichodiagnostika. Metodiki i testy: uchebnoe posobie [Practical psychodiagnosics. Procedures and tests: a tutorial]. Samara: Bachrach-M.
27. Mendelevich V. (2007) Rukovodstvo po addiktologii [Guidelines for addictology]. St.-Peterburg: Rech.
28. Skugarevskiy O. (2007) Narusheniya pishchevogo povedeniya [Eating disorders]. Minsk: BGMU.
29. Skugarevskiy O. (2004) Obraz sobstvennogo tela [The image of own body]. Medical news, nom. 7, pp. 21-26.
30. Freyd A. (1999) Teoriya i praktika detskogo psihoanaliza. Tom 2 [Theory and practice of child psychoanalysis. Vol.2]. Moscow: April Press, EKSMO-Press.
31. Frolova U. (2008) Biopsichosocialnaya model kak konceptualnaya osnova psichologii zdorov'ya [The biopsychosocial model as a conceptual basis of psychology of health]. Philosophy and social science: scientific journal, nom. 4, pp. 60-65.
32. Frolova U. (2011) Meditsinskaya psihologiya: ucheb. posobie [Medical Psychology: A Textbook]. Minsk: Higher school.

33. Shmatkova I. (2011) Vzaimosvyaz materinskogo povedeniya I narushenii emocionalnogo blagopoluchiya u detei rannego vozrasta [The relationship of maternal behavior and disorders of emotional well-being in early age children]. Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology, nom. 3, pp. 39-51.
34. Rossant L. (1982) L'alimentation du nourrisson. Paris: Archives françaises de Pédiatrie.
35. Valitova I. (2014) The psychological predisposition to eating behavior disorders. Innovations & Humans. V 3 (2). V International interdisciplinary academic conference. Topical innovation issues of medicine, biology, ecology, psychology, pedagogy and sociology (Turkey, Antalya, April 26 – May 7), pp.55-56.

Сведения об авторах:

Валитова Ирина Евгеньевна – доцент кафедры психологии развития УО «Брестский государственный университет им. А.С. Пушкина», кандидат психологических наук, доцент

Галиновская Анна Александровна – преподаватель кафедры социальной работы УО «Брестский государственный университет им. А.С. Пушкина», магистр психологии