

РАЗДЕЛ 9. НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

ОПТИМИЗАЦИЯ ПСИХОТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Бабарахимова С.Б., Файзуллаева К.Р., Мирворисова З.Ш.

ТашПМИ, Ташкент, Узбекистан

sayorababaraximova2010@gmail.com

Ключевые слова: параноидная шизофрения, расстройства пищевого поведения, гендерные различия.

OPTIMIZATION OF PSYCHOTHERAPY OF EATING DISORDERS IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

Babarakhimova S.B., Fayzullayeva K.R., Mirvorisova Z.Sh.

TashPMI, Tashkent, Uzbekistan

sayorababaraximova2010@gmail.com

Keywords: paranoid schizophrenia, eating disorders, gender differences.

Актуальность проблемы исследования расстройств пищевого поведения у пациентов с параноидной шизофренией является одной из важнейших задач практического здравоохранения [1, 3, 7]. В литературе научных работ, посвящённых дигестивным нарушениям у пациентов шизофренического профиля, очень мало, и в основном они исследуют клинические проявления данного явления, не акцентируя внимания на гендерные различия и своеобразии клинических различий в синдромологическом аспекте [2, 6]. В настоящее время дискуссионным вопросом в практической психиатрии остаётся эффективность проведения психотерапевтического вмешательства у пациентов с параноидной шизофренией, коморбидной с расстройствами пищевого поведения [4, 5].

Цель исследования: изучить эффективность применения арт-терапии у пациентов с расстройствами пищевого поведения, встречающимися в клинической картине параноидной шизофрении, для улучшения медико-психологической помощи данному контингенту больных.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 37 пациентов с параноидной шизофренией, находившихся на стационарном лечении в психиатрической больнице. Среди них - 19 женщин и 18 мужчин с расстройствами пищевого поведения. В ходе

исследования использованы клинико-психопатологический и катamnестический методы исследования. Из психометрических методов использованы Шкала Calgary, Шкала PANSS, EAT-40 - тест отношения к приему пищи (диагностика анорексии и булимии), а также ретроспективный анализ историй болезней пациентов. Всем пациентам проводилась психокоррекционная работа в виде групповых сеансов арт-терапии в комбинации с рациональной психотерапией и музыкотерапией.

Результаты и обсуждение. В группе - 37 обследованных больных - у 65% диагностирована параноидная шизофрения с непрерывным типом течения F-20.00, у 35% обследованных - параноидная шизофрения с эпизодическим типом течения F-20.01. По результатам тестирования с помощью Шкалы Calgary выявлено наличие депрессивных расстройств различной степени выраженности более, чем у половины пациентов. Было отмечено наличие депрессии средней степени выраженности у 55% пациентов, у 36% обследуемых – депрессия лёгкой степени и у 10% пациентов регистрировалась депрессия тяжёлой степени. В клинической картине параноидной шизофрении у пациентов преобладали в основном специфические симптомы дефицитарного, негативного ранга - апатия, абулия и аутизация. Гендерные особенности дигестивных нарушений у женщин преимущественно были представлены склонностью к избыточному перееданию, формированию метаболического синдрома. У мужчин нарушения пищевого поведения чаще всего проявлялись отказами от еды, употреблением биологически активных пищевых добавок, способствующих похуданию, что приводило к снижению комплайенса и рецидиву эндогенного процесса. Основным методом психотерапевтического вмешательства явилась арт-терапия с использованием антистресс-раскрасок трафаретов «Еда». До проведения арт-терапии у всех обследуемых пациентов был установлен уровень тяжести депрессивной симптоматики. Большинство пациентов мужского пола с удовольствием выполняли задания психотерапевта, в основном использовали яркие теплые краски в ходе проведения арт-терапии. Пациенты мужского пола в большинстве случаев предпочитали раскрашивать трафареты мясной продукции, фаст-фуда, причём у мужчин наблюдалось применение натуральных, естественных цветов палитры красок акварели и гуаши. В отличие от пациентов женского пола, мужчины в арт-терапевтическом сеансе редко использовали мозаику, аппликацию, украшение трафаретов рисунков бисером. Лица женского пола с удовольствием раскрашивали трафареты, отражающие кондитерские изделия - торты, пирожное, конфеты, хлебобулочные выпечки. В отличие от мужчин, лица женского пола выбирали холодные цвета палитры красок для раскрашивания картинок с едой, мотивируя свой выбор отвращением к пище и отсутствием аппетита. Пациентки в большинстве случаев сочетали раскрашивание акварельными красками трафаретов с оформлением мозаики, аппликации, наклеиванием на рисунки зёрен

риса, гречки, фасоли. Комбинированное использование методов арт-терапии женщины объясняли более эффективным воздействием релаксирующего компонента психокоррекционного вмешательства. После групповых сеансов арт-терапии отмечалось значительное снижение тяжести депрессивной патологии и редукция расстройств пищевого поведения. Данные исследования позволяют оптимизировать комплексный подход к терапии дигестивных нарушений у пациентов с параноидной шизофренией, сократить количество госпитализаций, продлить сроки ремиссии и предотвратить возможные соматические осложнения.

Выводы. Полученные в ходе исследования результаты способствуют улучшению планирования фармакотерапии в комбинации с психотерапией. Используемые интегративные методы психотерапии для пациентов с параноидной шизофренией с учётом гендерных особенностей в условиях психиатрических больниц помогут оптимизировать реабилитацию пациентов с ограничительным пищевым поведением, сократить количество госпитализаций и максимально продлить период ремиссии.

Литература

1. Антохин Е.Ю. Гендерные аспекты психогенных депрессий: особенности клиники, подходы к терапии // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. - №2. - С.52-60
2. Бабарахимова С.Б., Шаханская О.В., Искандарова Ж.М. Личностные особенности женщин с депрессивными расстройствами и их влияние на качество жизни // Сборники конференций НИЦ Социосфера 2013. – №21. – С.109-112.
3. Бабарахимова С.Б., Мирворисова З.Ш., Файзуллаева К.Р. Особенности психокоррекции расстройств пищевого поведения у больных параноидной шизофренией с учётом гендерных особенностей // Материалы международной научно-практической конференции «Интеграция науки и практики в медицине: достижения и перспективы», Кемерово, 2022. - С.236-242.
4. Демидова, Т. Ожирение проблема всех возрастов и всех стран / Т. Демидова // Диабет. Образ жизни. - 2000. - № 2. - С. 38—41.
5. Ромацкий, В. В. Феноменология и классификация нарушений пищевого поведения: аналитический обзор литературы, часть II / В. В. Ромацкий, И. Р. Семин // Бюллетень сибирской медицины. 2006. - №4. - С. 83.
6. Neumarker, K. Perspectives of eating disorders from the Charite Hospital in Berlin / K. Neumarker, A. Bartsch // Eur. Child Adolesc. Psychiatry. 2003. -V. 12.-P. 14—19.
7. Matveeva A.A., Sulstonova K.B., Abbasova D.S. et al. Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. 2020. VOL 3, No 5 pp. 24-27

**ПИЩЕВОЙ ДИЗОНТОГЕНЕЗ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ
АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Балакирева Е.Е., Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Никитина С.Г., Куликов А.В.,
Блинова Т.Е., Шалина Н.С.

ФГБНУ «НЦПЗ», Москва, Россия

balakirevalena@yandex.ru

nwzvereva@mail.ru

koval-zaytsev@yandex.ru

nikitina.svt@mail.ru

tstakul@mail.ru

blinova.tania2015@yandex.ru

shalinans@yandex.ru

Ключевые слова: расстройство аутистического спектра, нарушение пищевого поведения, кататония.

**DYSONTOGENESIS OF EATING BEHAVIOR AMONG CHILDREN WITH AUTISM
SPECTRUM DISORDER**

Balakireva E.E.¹, Zvereva N.V.¹, Koval-Zaytsev A.A.¹, Nikitina S.G.¹, Kulikov A.V.¹, Blinova
T.E.¹, Shalina N.S.¹

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

balakirevalena@yandex.ru

nwzvereva@mail.ru

koval-zaytsev@yandex.ru

nikitina.svt@mail.ru

tstakul@mail.ru

blinova.tania2015@yandex.ru

shalinans@yandex.ru

Keywords: autism spectrum disorder, eating behavior, catatonia.

Актуальность. Развитие пищевого поведения является составной частью онтогенеза и оказывает непосредственное влияние на качество жизни как детей, так и их родителей [1, 2]. Поскольку нарушения пищевого поведения (НПП) широко распространены среди пациентов с РАС, является актуальным изучение «пищевого дизонтогенеза» в данной когорте с целью

выявления общих закономерностей развития аномалий пищевого поведения у детей с разными вариантами РАС [1, 3].

Цель исследования. Изучение пищевого дизонтогенеза при различных вариантах течения РАС с преобладанием гипердинамических, кататонических, кататоно-регрессивных расстройств.

Материалы и методы. Работа выполнена в ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (директор проф. Т.П. Ключник), в отделе детской психиатрии (и.о. зав. отделом к.м.н. Балакирева Е.Е.). В исследование включены 180 пациентов (110 девочек, 70 мальчиков) в возрасте от 2 лет до 5 лет (средний возраст – 4 года). Критерии включения: соответствие диагнозам (по МКБ-10) «Детский аутизм F84.02», «Атипичный аутизм F84.1», «Синдром Аспергера F84.5»; наличие в клинической картине нарушений приема пищи при гипердинамических, кататонических и кататоно-регрессивных вариантах расстройств; возраст от 2 до 5 лет на период первичного обследования. Критерии невключения: сопутствующее тяжелое органическое поражение ЦНС; верифицированные генетические заболевания, включающие аутистический синдром.

Методы исследования: клинико-психопатологический, патопсихологический, клинико-динамический, катанестический.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования были выделены клинические варианты приступов у пациентов с РАС, сопровождавшихся нарушениями пищевого поведения: кататонические (n=81, 45%), кататоно-регрессивные (n=75, 42%), и гипердинамические (n=24, 13%).

При выявлявшемся наиболее часто (45%) кататоническом типе течения отмечалась задержка развития без выраженного регресса, сопровождавшаяся нарушениями пищевого поведения, как правило, ограничительного характера. В разгар болезни, на высоте кататонического возбуждения, отмечался непродолжительный отказ от еды. Быстро возникала избирательность в еде, пациенты требовали пищу определенной текстуры, цвета, товарной марки. Как правило, экстремальное ограничение рациона было не характерно. Выборочность в еде, по имеющимся литературным данным, сопровождалась общими расстройствами сенсорики [6, 7]. При данном типе течения отмечались часто возникающие расстройства стула (хронические запоры, поносы), связанные как с особенностями диеты, так и с кататонической симптоматикой. Проявления дизонтогенеза пищевого поведения были выражены не так грубо, как при кататоно-регрессивном варианте расстройств. При патопсихологическом обследовании отмечалась задержка психического развития с проявлением различных дефицитов оцениваемых функций без выраженного их регресса, что соответствовало дефицитарному виду когнитивного дизонтогенеза.

При выявлявшемся несколько реже (42%) кататоно-регрессивном типе течения болезни отмечалась выраженная задержка развития, сопровождавшаяся грубой полиморфной симптоматикой с явлениями регресса, в том числе с выраженными стойкими нарушениями пищевого поведения, которые сохранялись длительное время и приводили к вторичной хронической соматической патологии. В первый приступ болезни больные теряли навыки жевания, начинали поперхиваться пищей и водой, отказывались от использования столовых приборов, требовали, чтобы их кормили с ложки. Больные зачастую пищу не жевали, заглатывали кусок целиком, запрокидывая голову, либо удерживали пищевой комок за щекой. Отмечались случаи поедания несъедобного, резкого психомоторного возбуждения с агрессией при попытках накормить, регулярное срыгивание или вызывание рвоты, манипуляции с каловыми массами. Была выражена пищевая избирательность, в крайних случаях достигавшая степени ограничения пищевого рациона двумя-тремя продуктами. Такие симптомы можно определить, как регресс, характеризующий становление пищевого поведения (по формам осваиваемых вариантов приема и качества пищи, а также по снижению коммуникативной стороны, не получающей необходимой поддержки, в том числе, и в пищевом взаимодействии со взрослым). Подтверждением такому пониманию служит и то, что при патопсихологическом обследовании выявлялась выраженная задержка развития с формированием регрессивно-дефектирующего вида когнитивного дизонтогенеза.

У части пациентов (13%) при гипердинамическом типе течения отмечалась временная задержка развития, а нарушения приема пищи были характерны в разгар заболевания. По мере роста и развития ребенка, с преодолением задержки развития, постепенно расширялся пищевой рацион. Отличительной особенностью было то, что проявления дизонтогенеза пищевого поведения становились очевидными только на высоте остроты состояния ребенка, а при патопсихологическом обследовании выявлялась временная задержка развития с формированием искаженного вида когнитивного дизонтогенеза [1,4,5].

Заключение. Дизонтогенез пищевого поведения рассматривался в плане искажения формулы развития и снижения роли коммуникативного аспекта взаимодействия матери и ребенка на его последующее развитие. Когнитивный дизонтогенез определялся у всех обследованных больных с РАС, как особый тип развития, характеризующийся асинхронией, ретардацией и отклонениями темпов развития отдельных компонентов психических функций. Патопсихологическое обследование показало наличие искаженного, дефицитарного и регрессивно-дефектирующего видов когнитивного дизонтогенеза. Наиболее выражены НПП были при кататоно-регрессивном типе течения болезни, и именно при этом типе течения у больных отмечалась выраженная задержка развития с формированием регрессивно-дефектирующего вида когнитивного дизонтогенеза. Сочетание разных сторон

дизонтогенетического развития способствует утяжелению течения расстройств, усиливая проявления как асинхронии развития, так ретардации и регресса.

Литература

1. Балакирева, Е. Е. Нарушения пищевого поведения у детей и подростков. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2020;22(4):38-41.
2. Зверева Н.В. и др. Психологическая диагностика когнитивного дизонтогенеза. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. Спецвыпуски. 2018;118(5-2):3-11.
3. Зинченко С.Н. и др. Нарушения пищевого поведения у детей раннего возраста. *Современная педиатрия*. 2016;5:139-144.
4. Павловская Е.В. Нарушения пищевого поведения у детей раннего возраста: современные подходы к диагностике и коррекции. *Медицинский совет*. 2021;17:32-39.
5. Симашкова Н.В. и др. Диагностические, клинико-психопатологические, патопсихологические аспекты обследования детей с расстройствами аутистического спектра. *Психиатрия*. 2021;19(1):45-53.
6. Mari-Bauset S, et al. Food selectivity in autism spectrum disorders: a systematic review. *J Child Neurol*. 2014;29(11):1554-1561.
7. Prajapati M. et al. Eating and Weight Behaviors Among Children with Autism Spectrum Disorder and Weight Concerns: Parents' Perspectives. *J Nutrition Education and Behavior*. 2022;54(7):53-54.

ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПО ДАННЫМ ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Сокуренок Е.Е. Мешкова Т.А.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

eel.selivanova@gmail.com

Ключевые слова: расстройства пищевого поведения, нервная анорексия, нервная булимия, семейные взаимоотношения.

FEATURES OF FAMILY RELATIONSHIPS IN EATING DISORDERS ACCORDING TO FOREIGN STUDIES

Sokurenko E.E., Meshkova T.A.

¹ FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

eel.selivanova@gmail.com

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, family relationships.

Расстройства пищевого поведения (РПП) – это расстройства, характеризующиеся отчетливым и длительным нарушением привычек в питании или поведении, сформированных для контроля массы и формы тела, не являющиеся следствием других психических или соматических расстройств [1]. РПП характеризуются серьезными нарушениями пищевого поведения и изменениями массы тела, либо чрезмерной озабоченностью весом [15]. В

классификации расстройств пищевого поведения выделяют три характерных диагноза - нервная анорексия, нервная булимия и компульсивное переедание.

Феномен нарушений пищевого поведения не теряет своей актуальности. Несмотря на возросший интерес к указанной проблеме, статистические показатели распространенности РПП не уменьшаются. Расстройства этой группы выявлены не менее чем у 9% населения во всем мире [14], при этом зафиксирована повышенная вероятность смертельного исхода, особенно у пациентов с диагностированной нервной анорексией [2].

Проблема семейных взаимоотношений в качестве одного из важных факторов, влияющих на формирование и течение РПП, остается дискуссионной. С одной стороны, признается существенное влияние семьи на нарушения, связанные с питанием, с другой стороны, семейные взаимоотношения являются лишь одной из многих причин, способствующих развитию и прогрессированию данной группы нарушений, а в некоторых случаях сложности в семейных взаимоотношениях являются следствием заболевания.

Исследования показывают, что члены семьи с ребёнком с РПП могут проявлять чрезмерную сплоченность и недостаточную гибкость при дефиците эмоционального выражения [19]. Родители при взаимодействии с дочерьми-подростками с РПП демонстрируют непоследовательность в отношениях в сочетании с низкими уровнями взаимности и эмоциональной гармонии [13]. Наблюдаются также некоторые различия между типами расстройств пищевого поведения в отношении различных элементов функционирования семьи: например, сплоченность и ориентация на достижения были хуже в семьях с анорексией по сравнению с семьями с булимией [8].

Члены семей с плохой сплоченностью, низкой аффективной экспрессией и чрезмерной межличностной зависимостью между собой имеют более высокий риск развития патологического пищевого поведения [7]. Подростки с РПП сообщают о высоком уровне неудовлетворенности семьей [10], указывая на недостаток родительского принятия (семейное тепло, сочувствие, эмоциональная поддержка) и зависимость от членов семьи [9]. В свою очередь родители пациентов с РПП, особенно страдающих нервной анорексией, сообщают о переживании стресса, депрессии и об участившихся семейных конфликтах [16].

В целом семейное функционирование в клинических группах характеризуется более низким качеством, чем в контрольных, однако отдельные компоненты функционирования семьи, такие как эмоциональная вовлеченность, коммуникация и организация демонстрируют неоднозначные результаты [3]. Хотя ухудшение функционирования семьи является решающим элементом, до сих пор не получено эмпирических доказательств существования специфической дисфункциональной модели для семей с РПП, как в целом, так и для отдельных диагностических категорий РПП [11, 18]. Необходимость заботиться о ребенке с

РПП, который проявляет плохие навыки ментализации, ненадежную привязанность и нарушение эмоциональной регуляции, вызывает дистресс и формирует семейную дисфункцию в семьях без постоянной психосоциальной патологии [6].

Современная научная литература отвергает идею о том, что семья является единственной причиной (в этиологическом плане) или основным фактором риска РПП [4]. Влияние семьи в большей степени связано с развитием индивидуально-психологических структур, обуславливающих предрасположенность к РПП, но не является непосредственным предиктором развития заболевания [17]. Академия расстройств пищевого поведения [12] заявляет, что любая обобщенная модель расстройства пищевого поведения, включающая семью в качестве основной причины, должна быть отвергнута, поскольку она неизбежно подразумевает обвинение родителей в болезни их детей. Согласно этой позиции, предполагается, что этиопатогенез расстройств пищевого поведения следует рассматривать как многофакторную причину, связанную с генетическими, психологическими, нейроэндокринными, социокультурными и семейными факторами [5].

Литература

1. Скугаревский О.А. Нарушения пищевого поведения: монография. Минск: БГМУ, 2007. 340 с.
2. Arcelus J. et al. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies //Archives of general psychiatry. 2011. Т. 68. №. 7. С. 724-731.
3. Emanuelli F. et al. Family functioning in adolescent anorexia nervosa: A comparison of family members' perceptions //Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. 2004. Т. 9. №. 1. С. 1-6.
4. Errii M., Cimino S., Cerniglia L. The role of family relationships in eating disorders in adolescents: A narrative review //Behavioral Sciences. 2020. Т. 10. №. 4. С. 71.
5. Garfinkel P.E., Garner D.M. Anorexia nervosa: A multidimensional perspective, Brunner/Mazel //Inc., New York. 1982.
6. Giles E. M. et al. Disturbed families or families disturbed: a reconsideration //Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. 2022. Т. 27. №. 1. С. 11-19.
7. Goossens L. et al. The parent-child relationship as predictor of eating pathology and weight gain in preadolescents //Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2012. Т. 41. №. 4. С. 445-457.
8. Kog E., Vandereycken, W. Family interaction in eating disorder patients and normal controls //International Journal of Eating Disorders. 1989. Т. 8. №. 1. С. 11-23.
9. Laghi F. et al. Development and validation of the efficacious self-presentation scale //The Journal of genetic psychology. 2011. Т. 172. №. 2. С. 209-219.
10. Laghi F. et al. Family functioning and eating disorders in adolescence Funzionamento familiare e disturbi del comportamento alimentare in adolescenza // Counseling. 2012. №. 5. С. 55-69.
11. Langdon-Daly J., Serpell L. Protective factors against disordered eating in family systems: a systematic review of research //Journal of eating disorders. 2017. Т. 5. №. 1. С. 1-15.
12. Le Grange D. et al. Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders //International Journal of Eating Disorders. 2010. Т. 43. №. 1. С.
13. Paciello M. et al. Moral dilemma in adolescence: The role of values, prosocial moral reasoning and moral disengagement in helping decision making //European Journal of Developmental Psychology. 2013. Т. 10. №. 2. С. 190-205.
14. Preti A. et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project //Journal of psychiatric research. 2009. Т. 43. №. 14. С. 1125-1132.
15. Schmidt U. et al. Eating disorders: the big issue //The Lancet Psychiatry. 2016. Т. 3. №. 4. С. 313-315.
16. Sim L.A. et al. Family functioning and maternal distress in adolescent girls with anorexia nervosa //International Journal of Eating Disorders. 2009. Т. 42. №. 6. С. 531-539.
17. Suarez-Albor C.L., Galletta M., Gómez-Bustamante E.M. Factors associated with eating disorders in

adolescents: A systematic review //Acta Bio Medica: Atenei Parmensis. 2022. Т. 93. №. 3.

18. Wooldridge T. et al. An overview of anorexia nervosa in males //Current Findings on Males with Eating Disorders. 2013. С. 37-47.

19. Zucker N. et al. Emotions and empathic understanding: capitalizing on relationships in those with eating disorders //A collaborative approach to eating disorders. 2013. С. 52-61.

ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ДЕВУШЕК И МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН, ПРОХОДИВШИХ И НЕ ПРОХОДИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Сокуренок Е.Е., Мешкова Т.А.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

eel.selivanova@gmail.com

Ключевые слова: расстройства пищевого поведения, нервная анорексия, нервная булимия, эффекты лечения, общая семейная тревога.

FEATURES OF FAMILY RELATIONSHIPS OF ADOLESCENT GIRLS AND YOUNG WOMEN WHO HAVE BEEN AND HAVE NOT BEEN TREATED FOR EATING DISORDERS

Sokurenko E.E., Meshkova T.A.

FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, treatment effects, general family anxiety.

Введение. Проблема семейных взаимоотношений в качестве одного из основных факторов, влияющих на формирование и течение расстройств пищевого поведения (РПП), остается дискуссионной. Часть исследований показывают связь между семейным контекстом в целом и РПП [3, 5, 9], другая часть работ говорит о противоречивости данной связи и зависимости результатов от конкретного диагноза и рассматриваемых особенностей семейного взаимодействия [4, 7]. Целью настоящего исследования был сравнительный анализ восприятия семейного контекста и семейной тревоги в связи с симптоматическими проявлениями РПП в двух группах девушек и молодых женщин, которые проходили и не проходили лечение по поводу РПП (оценивалось по результатам самоотчета).

Материал и методы. В исследовании приняли участие 60 респонденток 12-26 лет ($M=18,7\pm 3,92$) из разных регионов России. Данные собирались с помощью социальных сетей и интернет-сообществ, связанных с опытом переживания РПП и их лечения. Сравнивались две

подгруппы (каждая по 30 человек): проходившие и не проходившие лечение по поводу РПП. Использовались методики русскоязычная версия «Теста пищевых установок» (EAT-26) [1]; шкала удовлетворенности телом (BAS-II) в переводе Т.А. Мешковой при участии эксперта (США) [10]; опросник «Анализ семейной тревоги» (АСТ) [2], шкала Госпитальной тревоги и депрессии (HADS) [11]. Анализ данных проводился в программе IBM SPSS Statistics 26.0.0.0 с использованием U-критерия Манна-Уитни для независимых выборок и ранговой корреляции г-Спирмена.

Результаты. Сравнение подгрупп, проходивших и не проходивших лечение, по критерию Манна-Уитни показало, что между ними нет статистически значимых различий по показателям EAT-26 и BAS-II, однако для группы, не проходивших лечение, имеется тенденция к более высоким значениям по шкалам «Увлечение диетами» и «Булимия» ($p=0,028$ и $p=0,012$, соответственно). Значения семейной тревоги (чувство вины, напряжённость в семье, тревожность в семейном контексте) также наиболее выражено проявляются в группе, не проходивших лечение (средний ранг 38,58 против 22,42 для проходивших лечение, $p<0,001$). Показатели личностной тревоги (шкала HADS) также выше в группе не проходивших лечение (средний ранг 36,33 против 24,67, $p<0,01$).

Результаты корреляционного анализа демонстрируют значительные различия между подгруппами в паттернах корреляций (табл.1). Обращает внимание преобладание большого количества высоких значимых корреляций с показателями семейной тревоги в группе проходивших лечение, тогда как для не проходивших лечение значимыми оказались лишь два коэффициента. Все значимые коэффициенты подтверждают положительную и довольно сильную взаимосвязь между уровнем семейной тревоги и симптоматикой РПП. Отрицательная взаимосвязь обнаружена лишь для показателя позитивного отношения к телу, что вполне объяснимо. Таким образом, в группе проходивших лечение имеют место вполне закономерные взаимосвязи, подтверждающие, что высокая семейная тревога не способствует улучшению состояния при симптомах РПП. Почему такая закономерная картина не характерна для не проходивших лечение, в настоящий момент объяснить довольно трудно. Очевидно, требуется расширение выборок и дополнительный анализ.

Таблица 1.

Корреляции между симптомами РПП, удовлетворенностью телом, общей семейной тревогой и личностной тревогой в группах девушек и молодых женщин, проходивших и не проходивших лечение по поводу РПП

	Проходили лечение	Не проходили лечение

	Семейная тревога (ACT)	
Суммарный балл EAT-26	0,753***	0,389*
Увлечение диетами	0,748***	-
Булимия	0,724***	0,479**
Оральный контроль	0,573***	-
Удовлетворенность телом BAS-II	-0,695***	-
Личностная тревога HADS	0,668***	-

Примечание: *** - $p < 0,001$; ** - $p < 0,01$; * - $p < 0,05$

Резюме. Полученные данные позволяют предположить, что лечение РПП способствует снижению семейной и личностной тревоги и в некоторой степени уменьшает симптоматику РПП, однако мало сказывается на степени удовлетворенности телом. Вместе с тем, симптоматические проявления РПП, которые не являются редкостью после лечения [6], прямо связаны с семейной тревогой, которая, в свою очередь, коррелирует с личностной. В случае отсутствия лечения наблюдаются более высокие показатели, связанные с диетами и булимической симптоматикой, а также более высокие показатели семейной и личностной тревоги. Наблюдается также неоднозначная картина взаимосвязи между симптоматикой РПП и показателями семейной и личностной тревоги, что может свидетельствовать о том, что нарушенные семейные взаимоотношения являются лишь частью многофакторной системы, приводящей и закрепляющей деструктивные формы отношений с питанием, что соотносится с ведущей в настоящее время тенденцией мирового научного сообщества [8].

Ограничением настоящего исследования является тот факт, что данные о прохождении или непрохождении лечения по поводу РПП были получены лишь по результатам самоотчета участниц. Также мы не располагаем сведениями о длительности и особенностях лечения обследованных.

Литература

1. Мешкова Т.А. Опыт применения теста пищевых аттитюдов (EAT-26) на выборке студенток Москвы / Т. А. Мешкова, Н. О. Николаева // Психиатрия, 2017. № 1(73). С. 34-41.
2. Эйдемиллер Э.Г. Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. - 4-е изд., перераб. и доп. – Москва : Питер, 2008. 668 с.
3. Crittenden P. Eating disorders and attachment: the effects of hidden family processes on eating disorders / P. Crittenden // European Eating Disorders Review the Journal of the Eating Disorders Association, 2007. № 15. С. 119-130.
4. Emanuelli F. et al. Family functioning in adolescent anorexia nervosa: A comparison of family members' perceptions // Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 2004. Т. 9. №. 1. С. 1-6.
5. Goossens L. et al. The parent-child relationship as predictor of eating pathology and weight gain in preadolescents // Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 2012. Т. 41. №. 4. С. 445-457.

6. Herzog D.B. et al. Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: a 7.5-year follow-up study //Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1999. Т. 38. №. 7. С. 829-837.
7. Langdon-Daly J., Serpell L. Protective factors against disordered eating in family systems: a systematic review of research //Journal of eating disorders, 2017. Т. 5. №. 1. С. 1-15.
8. Le Grange D. et al. Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders //International Journal of Eating Disorders. – 2010. – Т. 43. – №. 1. – С. 1.
9. Lyke J., Matsen J. Family functioning and risk factors for disordered eating //Eating behaviors, 2013. Т. 14. №. 4. С. 497-499.
10. Tylka T.L., Wood-Barcalow N.L. The Body Appreciation Scale-2: item refinement and psychometric evaluation //Body image, 2015. Т. 12. С. 53-67.
11. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale //Acta psychiatrica scandinavica, 1983. Т. 67. №. 6. С. 361-370.

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНАЯ СФЕРА У ДЕВУШЕК, БОЛЬНЫХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ

Фанталова Е.Б.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

elenafantal@yandex.ru

Ключевые слова: нервная анорексия, эмоционально-личностная сфера, методы исследования.

EMOTIONAL AND PERSONAL SPHERE IN GIRLS WITH ANOREXIA NERVOSA

Fantalova E.B.

FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

elenafantal@yandex.ru

Keywords: anorexia nervosa, emotional and personal sphere, research methods.

Актуальность настоящего исследования определяется ростом заболеваемости нервной анорексией, ее большой распространенностью, а также трудностями диагностики и лечения этого заболевания. Активная пропаганда стройного тела средствами массовой информации часто становится причиной чрезмерной увлеченности подрастающего поколения похудением и стремлением к «идеальной фигуре». В современном обществе для большинства девушек худоба является синонимом красоты, и в процессе достижения своего идеала некоторые из них переходят в состояние болезненного истощения, требующего специализированного клинико-психологического вмешательства.

Пик нервной анорексии приходится на возраст от 12 до 15 лет. Именно в подростковом возрасте происходит значительные изменения в развитии ребенка, как на эмоционально-

личностном уровне, так и на физиологическом. При этом именно эмоции определяют ведущий уровень реагирования на требования окружающей среды. В норме эмоции способствуют эффективной работоспособности подростка и являются главным источником положительной мотивации, в то время как в условиях нервной анорексии происходит сдвиг мотива на цель, в результате которого запускается самостоятельная деятельность по похуданию, приводящая к постепенному уходу в болезнь.

Выбор темы данной работы продиктован необходимостью лучшего понимания эмоционального состояния больных нервной анорексией, попыткой найти пути оптимальной психологической помощи на основании полученных результатов исследования.

Настоящая работа под нашим руководством была выполнена студенткой Д.С. Дементьевой на базе Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой (НПЦ ПЗДП ДЗМ). Контингент исследования – девушки, больные нервной анорексией (15 человек) в возрасте от 13 до 18 лет (экспериментальная группа, ЭГ), а также девушки без психических расстройств (15 человек), также в возрасте от 13 до 18 лет (контрольная группа, КГ) . Общее число испытуемых - 30 человек.

Цель работы - сравнительный анализ особенностей эмоционально-личностной сферы у девушек, больных нервной анорексией, и здоровых девушек.

Объект исследования - эмоционально-личностная сфера.

Предмет исследования - особенности эмоционально-личностной сферы у девушек, больных нервной анорексией.

Гипотеза настоящего исследования заключается в том, что для эмоционально-личностной сферы девушек, больных нервной анорексией, будут характерны специфические особенности (отличия) по сравнению с эмоционально-личностной сферой здоровых девушек, проявляющиеся в повышенном уровне тревожности, а также в преобладании негативных эмоциональных состояний.

Методы исследования.

1. Анализ анамнестических данных больных.
2. Наблюдение за больными (нестандартизированное).
3. Клинико-психологическая беседа.
4. Проективный рисуночный тест Гудинаф-Харриса «Я - в трех проекциях» (адаптация и подсчет содержательного различия между рисунками Е.Б. Фанталовой) [6-7].
5. Проективный рисуночный тест «Четыре персонажа» [4].
6. Шкала Спилбергера-Ханина для определения личностной и ситуативной тревожности [5]
7. Опросник Изарда «Основные эмоциональные черты» [1, 2, 3].

Полученные данные обрабатывались на электронном ресурсе :URL <http://www.psychol-ok.ru/statistics/mann-whitney/>. В качестве метода математической статистики использовался U-критерий Манна-Уитни.

Результаты. Было обнаружено, что у девушек с нервной анорексией (ЭГ) отмечается достоверно более высокий уровень показателей реактивной и личностной тревожности по сравнению со здоровыми девушками (КГ)

1. Согласно методике Гудинаф- Харриса «Я – в трех проекциях», между ЭГ и КГ отмечаются достоверно значимые различия по субъективной оценке содержательного значения рисунков по 10-балльной шкале (сравнения рисунков (1/2, 2/3, 1/3), где рисунок 1- «Я социальное», рисунок 2- «Я реальное», рисунок 3 – «Я идеальное»). Итоговые показатели достоверно выше у ЭГ по сравнению с контрольной.

2. Согласно методике «Четыре персонажа», в ЭГ отмечается более высокий уровень переживаний и эмоций, чаще встречается негативный эмоциональный фон по сравнению с КГ, где эмоциональный фон положительный и встречается много рисунков с улыбающимся выражением лица, с позитивными высказываниями.

Согласно методике Изарда «Основные эмоциональные черты» для ЭГ и КГ следует отметить как сходные, так и различающиеся данные. Выявляется, что наибольшего количества баллов в обеих выборках достигло такое эмоциональное состояние как сочувствие - сострадание. По этому показателю можно судить, что девушки, больные нервной анорексией, так же, как и здоровые девушки, способны проявлять сочувствие и сострадание по отношению к другим людям и животным. Было обнаружено, что в ЭГ наиболее выраженными эмоциональными состояниями являются такие как горе-страдание, стыд-застенчивость, интерес-возбуждение, гнев-ярость, страх, сочувствие-сострадание. удивление, отвращение, эмоциональная возбудимость, радость, презрение-неуважение. Эмоциональным состоянием, выраженным у наибольшего количества испытуемых в КГ, также является сочувствие-сострадание, радость и эмоциональная возбудимость. У девушек КГ более ярко выражены положительно окрашенные эмоциональные состояния. Негативные эмоциональные состояния также присутствуют, но в меньшем количестве.

Таким образом, на основании полученных результатов исследования можно сделать следующие **выводы**:

1. Анализ результатов проведенной работы позволяет говорить о частичном подтверждении гипотезы. По данным проведенного исследования обнаружено, что для эмоционально-личностной сферы девушек, больных нервной анорексией, характерны специфические особенности, такие как повышенная тревожность, нескритичность к своему состоянию и фиксация на неудовлетворенности своей фигурой.

2. Результаты, полученные при проведении методики самооценки тревожности Спилбергера-Ханина, показывают, что уровень личностной и реактивной тревожности у девушек, больных нервной анорексией выше, чем у здоровых. Возможно, на эти результаты повлиял тот факт, что девушки из ЭГ на момент проведения методик находились в больнице. Пребывание в психиатрической больнице может являться фактором, повышающим уровень тревожности.

3. Выяснилось, что наиболее значимые различия наблюдаются только между такими эмоциональными состояниями как эмоциональная возбудимость и радость, то есть для девушек, больных нервной анорексией, характерными являются сниженный уровень этих эмоциональных состояний. Но между остальными эмоциональными состояниями не было выявлено значимых различий.

4. По результатам методики «Я - в трех проекциях» было выявлено, что для ЭГ характерен высокий балл расхождения между первым рисунком («Каким меня видят другие») и третьим («Каким я хочу быть»). Преобладает изображение своего тела, несовершенного на первом рисунке и заметно худого на втором. У КГ балл расхождения между этими рисунками также высок, но менее выражен. Исходя из этих данных можно судить, что для девушек, больных анорексией, характерна заниженная самооценка, несоответствие между действительным и желаемым, фиксация внимания на неудовлетворенности своей внешностью, заметна более критичная оценка своей внешности по сравнению с контрольной группой.

5. По результатам методики «Четыре персонажа» можно сделать вывод о том, что общий эмоциональный фон у девушек ЭГ снижен в сравнении с КГ. В отличие от КГ для ЭГ характерно преобладание рисунков, выражающих тревогу, печаль, неудовлетворенность собой и текущей ситуацией.

Литература

1. Вилюнас В.К. Основные проблемы психологической теории эмоций. – М.: Педагогика, 1988.
2. Изард К.Э. Психология эмоций. – СПб: Питер, 1999. С. 5-68
3. Ильин Е.И. Эмоции и чувства. – СПб.: Питер, 2001. – С. 633–634.
4. Лосева В.К., Луныков А.И. Рассмотрим проблему...Диагностика переживаний детей и взрослых по их речи и рисункам. Выпуск 3. Москва, 1995. - 49 с.
5. Спилбергер Ч.Д., Ханин Ю.Л. Методика субъективной оценки ситуативной и личностной тревожности. Речь, 2004. - 80 с.
6. Фанталова Е.Б. Аннотированный указатель методов психологической диагностики. Учебно-методическое пособие. — Москва : МГСУ «Союз», 1997. — с. 35—36.
7. Фанталова Е.Б. Методическое обеспечение тренировки обратной связи при общении в процессе обучения студентов-психологов // Актуальные проблемы современного образования: материалы II – ой межрегиональной научно-методической конференции/ под общей редакцией Мельниковой Р.И. – Воронеж: ВИЭСУ, ЦНТИ, 2010. с. 9 - 12.

ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Чапала Т.В., Илич М.

ТГУ, Тольятти, Россия

cha_psy@mail.ru,

ilich.mariya@mail.ru

Ключевые слова: депрессивные состояния, пищевое поведение, гастроэнтерологические заболевания.

DEPRESSIVE STATES AND EATING BEHAVIOR OF PATIENTS WITH GASTROENTEROLOGICAL DISEASES

Chapala T.V., Ilich M.

Togliatti State University, Togliatti, Russia

cha_psy@mail.ru,

ilich.mariya@mail.ru

Keywords: depressive states, eating behavior, gastroenterological diseases.

Введение. Проблема распространения гастроэнтерологических заболеваний является актуальной на протяжении последних десятилетий, Современными исследователями отмечается, что возраст людей, подверженных болезням желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) стремительно снижается. Выявлены основные причины возникновения и распространения заболеваний ЖКТ: социальные (низкая материальная обеспеченность и низкое качество жизни); пищевые привычки (нерегулярные приемы пищи, чрезмерное употребление блюд быстрого приготовления); наследственные (генетические); психологические (частые стрессы и эмоциональные потрясения, которые человек испытывает при негативных жизненных обстоятельствах) [2; 3].

Болезни ЖКТ часто относят к психосоматическим заболеваниям, так как в результате психологического неблагополучия могут возникают соматические симптомы. Взаимодействие психофизиологических детерминантов, проявляющееся на соматическом уровне, происходит под влиянием психогенных факторов [2]. Как правило, пациенты с соматическими жалобами наблюдаются у врачей на протяжении длительного периода времени. Однако, лечение часто может быть малоэффективным, так как в основе заболевания скрыты психологические причины.

Изменение соматического здоровья всегда сопровождается повышенным беспокойством и озабоченностью. В зависимости от длительности течения заболевания и степени проявления соматических симптомов, у больных с заболеваниями ЖКТ могут наблюдаться депрессивные проявления. Для пациентов даже с невыраженной патологией, характерны депрессивные тенденции (апатия, пессимизм, уныние, беспокойство). С нарастанием соматических симптомов депрессия может достигать высокого уровня при которой прогрессирует когнитивная заторможенность, суицидальные мысли и поведение, различные аффективные состояния. По данным научной литературы, негативными эмоциональными состояниями, женщины с заболеваниями ЖКТ, страдают в два раза чаще мужчин с такими же болезнями, что возможно, обусловлено психосоциальными аспектами жизни [1; 4].

Современные зарубежные исследователи пишут о том, что у людей с заболеваниями ЖКТ в пищевом поведении могут наблюдаться отклонения от нормы, которые формируются из-за негативного эмоционального фона [3; 5].

Ученые, изучающие этиологию гастроэнтерологических заболеваний, подчеркивают, что при исследовании заболеваний ЖКТ всегда нужно учитывать пищевые предпочтения больных, так как это может быть фактором формирования заболевания. Несмотря на то, что при заболеваниях ЖКТ больным сложно скорректировать рацион питания, пациентам необходимо соблюдать принципы сбалансированного и дробного приема пищи, так как от этого зависит частота обострения болезни и ее течение [5].

Из обзора научных исследований, посвященных эмоциональному состоянию и пищевому поведению людей с заболеваниями ЖКТ можно сделать вывод: у больных могут наблюдаться негативные эмоциональные состояния, которые проявляются как депрессивность и трудность соблюдения пищевого режима и которое характеризуется как негативное пищевое поведение.

Цель исследования: изучить уровень проявления депрессии и пищевое поведение у мужчин и женщин с заболеваниями ЖКТ во время стационарного лечения.

Материалы и методы. Исследование проведено на гастроэнтерологическом отделении «Тольяттинской городской клинической больницы № 5», в городе Тольятти в Самарской области. Процедура эмпирического исследования одобрена этическим комитетом при Самарском государственном медицинском университете (Протокол № 202 от 09.10.2019). В исследовании приняли участие 36 человек с заболеваниями ЖКТ: 29 женщин и 7 мужчин разных клинических форм, во время стационарного лечения (за исключением заболеваний ЖКТ алкогольной этиологии). Средний возраст испытуемых – $M=55.9$; $SO=14.46$ [4]. В работе применялись следующие психологические диагностические методы: шкала исследования

депрессии А. Бека (BDI) и опросник пищевого поведения Татьяны ван Стриен (DEBQ). Для оценки различия средних значений двух выборок (мужчин и женщин с заболеваниями ЖКТ) применялся t-критерий Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Результаты психологической диагностики депрессивных проявлений у людей с заболеваниями ЖКТ показали следующее:

Сравнением уровня значения баллов по общей шкалы определения уровня депрессии было выявлено: тяжелая депрессия – у 27,7 % женщин, у мужчин не определялась; умеренная депрессия – у 34,4 % женщин и у 42,8 % мужчин; легкая депрессия – у 27,7 % женщин и у 28,6 % мужчин; отсутствие признаков депрессии – у 10,3 % женщин и у 28,6 % мужчин. Женщины с заболеваниями ЖКТ при сравнении с мужчинами более склонны к депрессивным проявлениям ($t=2,067$, при $p \leq 0,05$).

Уровень значения баллов по субшкале когнитивно-аффективных проявлений депрессии установлен сравнением уровней значения баллов у женщин ($M=12.86$; $SO=6.88$) и мужчин ($M=9.28$; $SO=7.34$) с заболеваниями ЖКТ. При статистической обработке данных значимые различия не выявлены ($t=1,219$, при $p \leq 0,05$), следовательно, когнитивные и аффективные проявления депрессии одинаково могут проявляться как у женщин, так и мужчин.

В процессе сравнения значений результатов по субшкале соматических проявлений депрессии у женщин ($M=10.24$; $SO=4.41$) и мужчин ($M=4.71$; $SO=3.45$) с заболеваниями ЖКТ, были выявлены различия среднего значения баллов ($t=3,081$, при $p \leq 0,05$); у женщин могут чаще наблюдаться и проявляться соматические признаки депрессии в сравнении с мужчинами.

Результаты психологической диагностики пищевого поведения людей с заболеваниями ЖКТ показали следующее:

Соотношением результатов по шкале ограничительного пищевого поведения между женщинами и мужчинами с заболеваниями ЖКТ получены следующие данные: норма – 27,6 % женщины и 71,4 % мужчины; группа риска – 72,4 % женщины и 28,6 % мужчины. Женщины с заболеваниями ЖКТ более склонны ограничивать себя в питании, чем мужчины ($t=1,972$, при $p \leq 0,05$).

Сравнение данных по шкале эмоциогенного пищевого поведения, между женщинами и мужчинами с заболеваниями ЖКТ, выявило следующие результаты: норма – 58,6 % женщины и 71,4 % мужчины; группа риска – 41,4 % женщины и 28,6 % мужчины. Как у женщин, так и мужчин с заболеваниями органов пищеварения, могут изолированно от других состояний, проявляться признаки эмоциогенного пищевого поведения ($t=1,488$, при $p \leq 0,05$).

Результаты по шкале экстерналичного пищевого поведения: в пределах нормы – у 27,6 % женщин и у 57,2 % мужчин, в группу риска вошли 72,4 % женщин и 42,8 % мужчин. Сравнением результатов по шкале экстерналичного пищевого поведения определены различия

($t=1,976$ при $p \leq 0,05$). Женщины более выражено реагируют на внешние стимулы при выборе пищи.

Выводы. Исследование депрессивных состояний и пищевого поведения пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями показало:

1. У женщин при сравнении с мужчинами чаще наблюдается тяжелая форма депрессии с выраженными соматическими проявлениями. Женщины больше беспокоятся о своем здоровье, и у них могут сильнее выражаться соматические симптомы заболевания, на фоне негативных эмоциональных состояний.

2. Исследование пищевого поведения показало, что женщины с заболеваниями ЖКТ при сравнении с мужчинами, чаще лишают себя полноценного приема пищи и ограничивают себя в питании (ограничительное пищевое поведение). Женщины обладают низкой адаптацией к рекомендованному режиму питания для больных с заболеваниями ЖКТ, у них высокая реактивность на внешние стимулы пищи – экстернальное пищевое поведение.

3. Для подтверждения полученных результатов исследования требуется продолжения исследовательской работы с расширением выборки. Однако, представленные результаты могут иметь высокую практическую значимость в практической деятельности психологов.

Литература

1. Болучевская В.В., Губина Т.Д., Кириченко А.А. Особенности эмоциональной сферы пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта // Серия: Гуманитарные и экономические науки. 2018. Т. 14, № 2. С. 148-153.
2. Психология гастроэнтерологических расстройств / Сост. М.Л. Мельникова: Науч. ред. С.Ф. Сироткин; УГУ. Ижевск: ERGO, 2009. 64 с.
3. Скворцов В.В., Тумаренко А.В. Клиническая гастроэнтерология: краткий курс. СПб.: СпецЛит; 2015.
4. Чапала Т.В., Илич М. Эмоциональное состояние и пищевое поведение людей с заболеваниями гастроэнтерологического профиля // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2022. Т. 10, № 2(37). С. 121-133.
5. Sato Y., Fukudo S. Gastrointestinal symptoms and disorders in patients with eating disorders // Clinical Journal of Gastroenterology. 2015. Vol. 5, № 8. P. 255-263. doi:10.1007/s12328-015-0611-x

НЕРАВНОМЕРНОСТЬ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ДИНАМИКИ ПСИХИЧЕСКОЙ РИГИДНОСТИ И ОТНОШЕНИЯ К СВОЕМУ ТЕЛУ В ХОДЕ ЛЕЧЕНИЯ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ

Шевеленкова Т.Д., Сальникова М.М.

ФГБОУ ВО РГГУ, Москва, Россия

shevelenkova@gmail.com

Ключевые слова: психическая ригидность, отношение к своему телу, нервная анорексия.

IRREGULARITY OF INDIVIDUAL DYNAMICS OF MENTAL RIGIDITY AND ATTITUDE TO THE BODY DURING TREATMENT IN ADOLESCENT GIRLS WITH ANOREXIA NERVOSA

Shevelenkova T.D., Salnikova M.M.

FSBI HE RSUH, Moscow, Russia

shevelenkova@gmail.com

Keywords: mental rigidity, attitude towards one's body, anorexia nervosa.

Введение. Одной из основных черт нервной анорексии является когнитивная ригидность, проявляющаяся в первичных симптомах этого заболевания, таких как диетические ограничения и искажение образа тела [1]. Ригидное поведение, постоянные ритуалы и трудности с переключением установок хорошо известны в феноменологии нервной анорексии. Точно так же сохранение или даже увеличение физической активности на протяжении болезни может привести к неспособности изменить поведение в соответствии с изменяющейся окружающей средой. Кроме того, когнитивная ригидность также может способствовать объяснению стремления к активности при нервной анорексии, описываемой как потеря произвольного контроля над компульсивным стремлением к упражнениям. Многие исследования уже продемонстрировали высокую распространенность перфекционизма и особенно повышенную когнитивную ригидность у лиц с нервной анорексией [7]. Также нарушения образа тела являются отличительной чертой нервной анорексии (хотя оно не всегда ведет к нервной анорексии), а оценка формы, веса и контроль за ними были предложены в качестве «основной психопатологии» клинических расстройств пищевого поведения. Образ тела был концептуализирован как многогранная конструкция, в которой сосуществуют аффективные, когнитивные и поведенческие компоненты [9]. Существует большое число исследований нервной анорексии [3, 4, 5; 6, 8, 10, 11, 12], раскрывающих некоторые аспекты отношения к своему телу и ригидности (в основном, когнитивной) при нервной анорексии, но многие вопросы все же остаются открытыми. На данный момент не хватает лонгитюдных исследований, затрагивающих именно динамику психологических особенностей в ходе лечения нервной анорексии. Как правило при оценке эффективности лечения по истечению месяца у пациенток отмечается прежде всего коррекция веса, улучшение физического состояния, но остается открытым вопрос, произошли ли у пациенток положительные изменения в психике: понизился ли уровень психической ригидности, а отношение к телу изменилось ли в сторону положительного полюса.

Целью исследования явилось изучение динамики психической ригидности и отношения к

своему телу в ходе лечения у пациенток, страдающих нервной анорексией, а также – выявление неравномерности индивидуальной динамики в ходе лечения у данных пациенток. Было выдвинуто предположение о том, что в конце стационарного лечения будут выявлены группы пациенток с положительной динамикой (значимо снизилась когнитивная ригидность, а отношение к телу изменилось от негативного полюса в сторону позитивного), с неравномерной динамикой (исследуемые показатели в ходе лечения не изменились), а также с отрицательной динамикой (показатели когнитивной ригидности и исходно негативное отношение к своему телу усугубились).

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Центра изучения расстройств пищевого поведения (ЦИРПП) в городе Москва с 27 ноября 2021 года по 10 сентября 2022 года. В нем приняли участие 20 девочек-подростков в возрасте от 13 до 17 лет (средний возраст участников исследования составил $15,15 \pm 1,14$ лет) с диагнозом нервная анорексия. В исследовании был применен вариант лонгитюдного метода. Пациентки, страдающие нервной анорексией, проходили исследование в два этапа: в начале стационарного лечения и в конце – через месяц после его начала. На обоих этапах исследования пациенткам предлагалось принять участие в диагностической процедуре, использующей следующие методики: Классический тест Дж. Р. Струпа; упрощенная версия Томского опросника ригидности Г.В. Залевского; опросник когнитивной флексибельности (адаптация С.С. Кургиняна и Е.Ю., Осаволук); методика «Отношение к своему телу» (Т.Д. Шевеленкова, Ж.А. Волжина); авторская проективная методика «История моего тела»¹ (Т.Д. Шевеленкова, М.М. Сальникова), основанная на представлениях Д. Пайнз и Ф. Дольто об образе тела.

Результаты и их обсуждение. Результаты сравнительного исследования показателей *групповой динамики* ригидности и флексибельности в начале и конце пребывания в клинике: выявлены значимые различия в уровне когнитивной ригидности, актуальной ригидности, а

¹ Участникам исследования предлагалось ответить в развернутой форме на четыре вопроса в начале стационарного лечения и на пять – в конце. Предоставлялась следующая инструкция: «Расскажите историю своего тела, как если бы Вы описывали историю жизни какого-либо человека. Вы можете говорить от собственного лица или от лица Вашего тела. Рассказывая историю своего тела, включите, пожалуйста, ответы на вопросы, которые я задам позже. Попробуйте отвечать на каждый вопрос не менее чем пятью предложениями. Если Вам захочется добавить что-то о своем теле, помимо ответов на вопросы, то тоже рассказывайте. Художественное оформление и грамотность речи не оцениваются. Здесь нет правильного и неправильного – рассказывайте, как Вам захочется. Надеюсь, что это будет интересное и полезное занятие». В начале стационарного лечения предлагалось ответить на следующие вопросы: (1). Попробуйте охарактеризовать, как менялось Ваше тело в течение жизни? (2). Менялась ли Ваша жизнь в связи с изменениями Вашего тела? (3). Как Вы ощущаете свое тело сейчас? (4). Как Вы думаете, что будет с Вашим телом через 5 лет? Через месяц после начала лечения (перед выпиской) участникам исследования предлагалось ответить на те же самые вопросы и на еще один: (5). Что произошло с Вашим телом за последний месяц (с начала лечения в ЦИРПП)? Каждая история качественно интерпретировалась посредством контент-анализа по ряду параметров.

также в таких показателях когнитивной флексибельности как «контроль» и «интегративный показатель когнитивной флексибельности» у девушек-подростков, страдающих нервной анорексией, в начале и в конце лечения. В конце стационарного лечения *в целом по группе* уровень когнитивной и актуальной ригидности у пациенток стал значимо ниже, чем в начале. Уровень когнитивной флексибельности, соответственно, повысился.

Результаты сравнительного исследования отношения к телу у девушек-подростков с нервной анорексией в начале и конце лечения также показали значимый сдвиг негативного отношения к телу в сторону положительного полюса (по группе в целом). Статистически значимые сдвиги негативного отношения к телу в ходе лечения в сторону положительного полюса в целом по группе произошли по шкалам: «Интегративный показатель негативного отношения к своему телу», «Оценка способности отождествлять себя со своим телом», «Оценка способности устанавливать и поддерживать контакт со своим телом», «Оценка привлекательности своего тела для себя», «Оценка привлекательности своего тела для других», «Оценка умения управлять своим телом». Изменения произошли (как тенденция) и в «негативной оценке физического состояния», которая стала более положительной. К концу стационарного лечения не изменились показатели по таким шкалам, как «Значимость телесного здоровья» и «Значимость красоты собственного тела», которые остались прежними, негативными.

Результаты качественного анализа по методике «История моего тела» у пациенток в целом по группе от начала к концу лечения показали, что изменилась мотивация похудения: снизилась как внешняя, так и внутренняя негативная мотивация, но повысилось нежелание говорить на эту тему; снизилось в целом количество вторичных выгод от похудения; снизилось количество пациенток с фиксацией на внешнем виде; резко снизилось количество пациенток с негативным и амбивалентным отношением к своему телу. Появились пациентки с ощущением нормального (не конфликтного) воплощения своего тела; повысилось число пациенток с позитивным отношением к будущему (но появились пациентки и с явно негативным отношением); исчезло представление, что идеал будущего – худоба, но выросло и количество пациенток с переживанием, что будущего нет.

После определения динамики исследуемых показателей от начала к концу лечения по группе в целом на основе анализа индивидуальной динамики показателей (психической ригидности, когнитивной флексибельности и отношения к своему телу) было выделено три группы пациенток: группа пациенток с положительной динамикой, с неравномерной динамикой и с отрицательной динамикой.

Сравнение групп пациенток с положительной и неравномерной динамикой. Группа пациенток с положительной динамикой и группа с неравномерной динамикой статистически

значимо не различаются, однако качественно различия присутствуют: респонденты из первой группы твердо уверены в своем будущем, причем оно представляется им в позитивном ключе, также у них нет фиксации на внешнем виде, тогда как респонденты из второй группы выражают неоднозначное отношение к своему будущему и у них сохраняется фиксация на внешнем виде в конце стационарного лечения.

Сравнение групп пациенток с положительной и отрицательной динамикой. Группа пациенток с положительной динамикой и группа пациенток с отрицательной динамикой статистически значимо различаются по следующим показателям: «оценка привлекательности своего тела для себя» ($U=0,030$; $p=0,05$); «оценка способности устанавливать и поддерживать контакт со своим телом» ($U=0,017$; $p=0,05$); «оценка способности отождествлять себя со своим телом» ($U=0,030$; $p=0,05$); «интегративный показатель отношения к своему телу» ($U=0,017$; $p=0,05$); актуальная ригидность ($U=0,030$; $p=0,05$); сенситивная ригидность ($U=0,017$; $p=0,05$); вербальность ($U=0,030$; $p=0,05$). Пациентки с положительной динамикой более позитивно относятся к своему телу, чем пациенты из группы с отрицательной динамикой, что выражается в оценке привлекательности своего тела для себя, в оценке способности устанавливать и поддерживать контакт со своим телом, в оценке способности отождествлять себя со своим телом и в положительном отношении к своему телу в целом. Пациентки из группы с положительной динамикой менее ригидны, чем пациентки из группы с отрицательной динамикой, что выражается в показателях актуальной и сенситивной ригидности. Также у пациенток из группы с положительной динамикой более высокие показатели вербальности, что означает, что у них более высокая мера автоматизации познавательных функций в сравнении с пациентками из группы с отрицательной динамикой. Группа пациенток с положительной динамикой и группа с неравномерной динамикой статистически значимо не различаются, однако качественно присутствует существенное различие: пациентки из первой группы твердо уверены в своем будущем, причем оно представляется им в позитивном ключе, также у них нет фиксации на внешнем виде, тогда как пациентки из второй группы выражают неоднозначное отношение к своему будущему и у них сохраняется фиксация на внешнем виде в конце стационарного лечения.

Сравнение групп пациенток с неравномерной и отрицательной динамикой. Группа пациенток с неравномерной динамикой и группа пациенток с отрицательной динамикой статистически значимо различаются по следующим показателям: «оценка привлекательности своего тела для других» ($U=0,036$; $p=0,05$); «оценка привлекательности своего тела для себя» ($U=0,005$; $p=0,05$); «оценка способности устанавливать и поддерживать контакт со своим телом» ($U=0,026$; $p=0,05$); «оценка способности отождествлять себя со своим телом» ($U=0,012$; $p=0,05$); «интегративный показатель отношения к своему телу» ($U=0,012$; $p=0,05$);

«альтернативы ($U=0,050$; $p=0,05$); «вербальность» ($U=0,050$; $p=0,05$). Пациентки из группы с неравномерной динамикой более когнитивно гибки, поскольку у них более развита способность давать несколько вариантов объяснения жизненным событиям и проявлениям поведения человека, а также предлагать множество разных способов разрешения трудных ситуаций. Пациентки из группы с неравномерной динамикой лучше, то есть более положительно, относятся к своему телу, чем пациентки из группы с отрицательной динамикой, что выражается в оценке привлекательности своего тела для других и для себя, в оценке способности устанавливать и поддерживать контакт со своим телом, в оценке способности отождествлять себя со своим телом и в положительном отношении к своему телу в целом.

Характеристика группы пациенток с положительной динамикой (25% пациенток).

Данная группа характеризуется улучшением результатов хотя бы по одной из переменных из 12 по тестовым методикам и, самое главное, отсутствием фиксации на внешнем виде и наличием положительно оцениваемого будущего в конце стационарного лечения по проективной методике «История моего тела».

Характеристика группы пациенток с неравномерной динамикой (45% пациенток).

Данная группа характеризуется как улучшением, так и усугублением (хотя бы по 1 переменной из 12) результатов по тестовым методикам, а также неоднозначностью будущего и оставшейся фиксации на внешнем виде в конце стационарного лечения.

Характеристика группы пациенток с отрицательной динамикой (30% пациенток).

Данная группа характеризуется усугублением результатов хотя бы по одной переменной из 12 по тестовым методикам и/или отсутствием будущего как такового или видением будущего в негативном ключе, а также оставшейся фиксацией на внешнем виде в конце стационарного лечения.

Выводы. Все пациентки из группы с отрицательной динамикой характеризуются оставшейся фиксацией на внешнем виде, негативным восприятием будущего или отсутствием восприятия будущего как такового; к концу стационарного лечения у пациентов из группы с отрицательной динамикой остается конфликтное воплощение тела, а одной из главных тем является «ненависть к себе». В конце стационарного лечения 33% пациенток характеризуют свое состояние как болезненное (группа с отрицательной динамикой), уходят от темы болезни 67% пациенток из этой группы. Пациентки из группы с положительной динамикой характеризуются избавлением от фиксации на внешнем виде, положительным восприятием будущего, неконфликтным процессом воплощения тела, при этом значимыми темами для всех них являются осознание своего состояния как болезненного и принятие себя.

Таким образом, предположение о том, что в конце стационарного лечения будут

выявлены группы пациенток с положительной, неравномерной, а также с отрицательной динамикой, подтвердилось. Также можно сделать вывод о том, что, по результатам методики «История моего тела», ключевыми мишенями для психотерапевтической работы могут служить восприятие будущего, телесное воплощение, образ тела, а также работа с темами «принятие себя» и «ненависть к себе», «осознание своего состояния как болезненного».

Литература

1. Коркина М.В., Цивилько М.А., Кареева М.А. и др. Клинико-психопатологические корреляции психической ригидности при нервной анорексии // Журн. невропатол. психиатр. им. С.С.Корсакова. 1990. № 10. С. 86–88.
2. Abbate-Daga G, Buzzichelli S, Amianto F, Rocca G, Marzola E, McClintock SM, Fassino S. Cognitive flexibility in verbal and nonverbal domains and decision making in anorexia nervosa patients: a pilot study. *BMC Psychiatry*. 2011 Oct;11:162. doi: 10.1186/1471-244X-11-162. PMID: 21982555. PMCID: PMC3199238.
3. Brockmeyer T, Feby H, Leiteritz-Rausch A, Wunsch-Leiteritz W, Leiteritz A, Friederich HC. Cognitive flexibility, central coherence, and quality of life in anorexia nervosa. *J Eat Disord*. 2022 Feb;10(1):22.
4. Cholet J, Rousselet M, Donnio Y, Burlot M, Pere M, Lambert S, Rocher B, Chirio-Espitalier M, Eyzop E, Grall-Bronnec M. Evaluation of cognitive impairment in a French sample of patients with restrictive anorexia nervosa: two distinct profiles emerged with differences in impaired functions and psychopathological symptoms. *Eat Weight Disord*. 2021 Jun;26(5):1559-1570.
5. Dalhoff AW, Romero Frausto H, Romer G, Wessing I. Perceptive Body Image Distortion in Adolescent Anorexia Nervosa: Changes After Treatment. *Front Psychiatry*. 2019 Oct 15; 10:748.
6. Dann KM, Hay P, Touyz S. Everyday flexibility and functional milestones in anorexia nervosa: survey results from a mixed community sample. *Eat Weight Disord*. 2022 Jun;27(5):1641-1650. d
7. Di Lodovico L, Gorwood P. The relationship between moderate to vigorous physical activity and cognitive rigidity in anorexia nervosa. *Psychiatry Res*. 2020 Feb; 284:112703.
8. Legenbauer T, Radix AK, Naumann E, Blechert J. The Body Image Approach Test (BIAT): A Potential Measure of the Behavioral Components of Body Image Disturbance in Anorexia and Bulimia Nervosa? *Front Psychol*. 2020 Jan 31;11:30.
9. Marzola E, Panero M, Cavallo F, Delsedime N, Abbate-Daga G. Body shape in in patients with severe anorexia nervosa. *Eur Psychiatry*. 2020 Jan 31;63(1):e2.
10. Moccia L, Conte E, Ambrosecchia M, Janiri D, Di Pietro S, De Martin V, Di Nicola M, Rinaldi L, Sani G, Gallese V, Janiri L. Anomalous self-experience, body image disturbance, and eating disorder symptomatology in first-onset anorexia nervosa. *Eat Weight Disord*. 2022 Feb;27(1):101-108.
11. Tchanturia K, Davies H, Roberts M, Harrison A, Nakazato M, Schmidt U, Treasure J, Morris R. Poor cognitive flexibility in eating disorders: examining the evidence using the Wisconsin Card Sorting Task. *PLoS One*. 2012 Jan;7(1):e28331.
12. Tchanturia K, Harrison A, Davies H, Roberts M, Oldershaw A, Nakazato M, Stahl D, Morris R, Schmidt U, Treasure J. Cognitive flexibility and clinical severity in eating disorders. *PLoS One*. 2011 Jun;6(6):e20462.

ПРОФИЛАКТИКА РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: ТРИ

ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДА

Шлойдо Д.Е.

ФГБОУ ВО СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

dina.shloydo@gmail.com

Ключевые слова: расстройства пищевого поведения, нарушения пищевого поведения, образ

тела, профилактика, превентивные программы.

PREVENTION OF EATING DISORDERS: A REVIEW OF THREE EVIDANCE-BASED METHODS

Shloido D. E.

FSBI HE SPbSU, St. Petersburg, Russia

dina.shloydo@gmail.com

Keywords: eating disorders, disordered eating, prevention, prevention programs.

Введение. Расстройства пищевого поведения (РПП) часто встречаются среди девушек и молодых женщин, но при этом могут наблюдаться среди всех категорий населения. Их распространенность представляет собой серьезную проблему, затрагивающую психическое здоровье людей в странах по всему миру. РПП связаны со следующими рисками и потерями для благополучия населения: частые соматические осложнения, повышенная вероятность развития других психических расстройств (депрессия, тревожные расстройства и др.) в будущем, высокие затраты на лечение и реабилитацию, нарушения социального функционирования, риск развития нетрудоспособности, повышенные показатели летальности (в том числе, повышенный риск суицида) [3]. В связи этим, проблема профилактики РПП стоит очень остро. Дать конкретный и точный ответ на вопрос «Как предотвратить развитие расстройства пищевого поведения?» непросто. Цель работы состоит в том, чтобы приблизиться к пониманию ответа на поставленный вопрос. Для этого рассмотрено современное состояние области, описаны характеристики трех превентивных методов с доказанной эффективностью.

Материал и методы. Аналитический обзор источников литературы, опубликованных в период с 2005 г. по 2021 г. ($n > 60$). Поиск источников производился в базах данных Web of Science, Google Scholar.

Результаты и их обсуждение. Сформулированы следующие выводы. 1) Профилактика РПП может быть безопасной и эффективной только при соблюдении нескольких важных принципов [2]. а) Превентивные программы должны основываться на этиологических теориях развития РПП, описывающих механизмы формирования РПП (например, используется социокультурная модель развития РПП). б) Действие методов должно быть направлено прицельно на факторы риска, установленные в исследованиях (например, цель многих эффективных программ – снизить значения показателя «интериоризация идеала худобы» (усвоение стандарта внешности)). с) Эффективность методов должна быть проверена в

рандомизированных контролируемых испытаниях на выборке большого размера с повторными наблюдениями и применением валидных психодиагностических методов. Она должна быть измерена как в искусственно созданных условиях (ведущий – автор метода), так и в естественных условиях (ведущие – учителя, психологи). d) Эффективные и безопасные программы профилактики по своей сути не являются просветительскими – участникам не сообщается информация об РПП и их симптомах. В связи с этим, лекции, проводимые девушками, переболевшими РПП, также неэффективны. Подростки могут романтизировать РПП и пытаться пойти тем же путем, что и девушка, переболевшая РПП.

2) Были выделены следующие три метода с доказанной эффективностью: программа Media Smart [5], программа Body Project [2], программа Student Bodies [4]. Программа Media Smart предназначена для подростков возраста от 12 до 14 лет и проводится в школах учителями. На занятиях школьники учатся более осознанно потреблять информацию, распространяемую в интернете и социальных сетях (в том числе, активно транслируемые послания, касающиеся идеала красоты). В России в рамках Проекта Dove по повышению самооценки распространяется краткий адаптированный вариант программы (ссылка на руководство на русском языке - [6]). Программа Body Project была создана ученым из Стэнфордского университета Э. Стайсом. Ее аудитория - девушки из группы риска (неудовлетворенные внешностью) возраста от 15 до 22 лет, ведущие - психологи или специально обученные сверстники. В основе программы - явление когнитивного диссонанса. На занятиях девушки в небольших группах (5-10 человек) активно обсуждают и критикуют существующий идеал женской фигуры в письменной и устной форме, в форме поведенческих упражнений. В результате у них возникает когнитивный диссонанс (расхождение) между их старыми убеждениями (о необходимости соответствовать идеалу) и новыми убеждениями, приобретаемыми в ходе обсуждения, что мотивирует их менять свои взгляды. В программу было вовлечено более 3,5 миллионов женщин и девушек из разных стран. В России она также применяется в рамках Проекта Dove по повышению самооценки (ссылка на руководство на русском языке - [7]). Третья программа, Student Bodies, разработана группой ученых, также относящихся к Стэнфордскому университету. Она используется среди девушек-студенток с очень высоким риском развития РПП (с симптомами РПП) и базируется на принципах эффективного метода лечения РПП - когнитивно-поведенческой терапии. Student Bodies реализуется в онлайн-формате, в последнее время для ее проведения используются чат-боты. В России, к сожалению, не применяется.

3) Профилактика РПП – комплексная задача, она не ограничивается применением превентивных программ. Необходимы профилактические меры, которые будут осуществляться на самых разных уровнях – изменение среды в школах и детских садах,

массовая диагностика РПП в школах, более реалистичный образ женщины в рекламе, изменение политики социальных сетей и так далее.

Заключение. Таким образом, существует несколько методов профилактики РПП с подтвержденной эффективностью. Более широкое применение этих методов на практике, а также более подробное их изучение, включая измерения эффективности русскоязычных адаптаций, помогут снизить распространенность расстройств пищевого поведения и предотвратить морально-психологический, социальный, экономический ущерб, связанный с этими заболеваниями.

Литература

1. Шлойдо Д.Е. Профилактика расстройств пищевого поведения: обзор программ с подтвержденной эффективностью // Психология. Психофизиология. 2022. Т. 15, № 3. С. 56–69.
2. Dakanalis A., Clerici M., Stice E. Prevention of eating disorders: current evidence-base for dissonance-based programmes and future directions //Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. 2019. Vol. 24. №. 4. P. 597-603
3. Keski-Rahkonen A., Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors //Current opinion in psychiatry. 2016. Vol. 29. №. 6. P. 340-345
4. Taylor C. B. et al. Prevention of eating disorders in at-risk college-age women //Archives of general psychiatry. 2006. Vol. 63. №. 8. P. 881-888
5. Wilksch, S. M. School-based eating disorder prevention: a pilot effectiveness trial of teacher-delivered Media Smart //Early intervention in psychiatry. 2015. Vol. 9. №.1. P. 21-28 4. Taylor C. B. et al. Prevention of eating disorders in at-risk college-age women //Archives of general psychiatry. 2006. Vol. 63. №. 8. P. 881-888
6. Руководство по проведению адаптированной версии Media Smart на русском языке -
7. <https://www.dove.com/ru/DSEP/school-workshops-on-body-image-confident-me.html>
8. Руководство по проведению программы Body Project на русском языке –
9. <https://www.dove.com/ru/DSEP/self-esteem-resources-for-youth-groups.html> («Откровенный разговор»)

РАЗДЕЛ 10. ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ

ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ НАКОПИТЕЛЬСТВО: НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ

ДИАГНОСТИКИ И ПСИХОТЕРАПИИ

Бауэр Е.А.

Медицинский центр доктора Кауша, Кельн, Германия

rsmirr@mail.ru

Ключевые слова: патологическое накопительство, МКБ-11, критерии и методы диагностики, психотерапия.