

Кафедра общей и клинической психологии

Зав. кафедрой общей
и клинической психологии
д.пс.н., профессор
Исаева Е.Р. _____

Председатель ГАК
д.пс.н., профессор
Соловьева С.Л. _____

Выпускная квалификационная работа

на тему:

**Психологические предпосылки расстройств пищевого поведения у
девочек-подростков в контексте репродуктивного здоровья**

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Выполнил:
Студент 6 курса
Факультета клинической психологии
Лунева Юлия Сергеевна
_____ (подпись)

Научный руководитель:
Бизюк Александр Павлович
_____ (подпись)

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
1. СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЕ	7
1.1. Нарушения пищевого поведения	7
1.1.1. Факторы риска развития нарушений пищевого поведения	10
1.2. Особенности эмоционально-личностной сферы пациентов с нарушениями пищевого поведения.....	13
1.3. Влияние нарушений пищевого поведения на репродуктивное здоровье девочек-подростков	17
1.4. Терапевтический альянс у девочек-подростков с нарушениями пищевого поведения	19
1.4.1. Фактор мотивации у пациентов с нервной анорексией	22
1.4.2. Факторы комплаенса и терапевтического альянса у пациентов с нервной анорексией	24
2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	29
2.1. Описание выборки.....	29
2.2. Процедура исследования	32
2.3. Методы исследования	33
2.3.1. Методика «Шкала оценки пищевого поведения» (ШОПП/EDI)	33
2.3.2. Опросник «Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности» (СМОЛ).....	34
2.3.3. Многомерная шкала перфекционизма Хьюитта – Флетта (MPS)	36
2.3.4. Опросник «Шкала тревоги Спилбергера-Ханина»	37
2.3.5. Шкала депрессии Бека.....	38

2.3.6. Опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса (WSQ)	38
2.3.7. Методика «Тип отношения к болезни»	39
3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ	41
3.1. Сравнительный анализ результатов тестирования экспериментальной и контрольной групп	41
3.2. Корреляционный анализ полученных данных	50
3.3. Множественный регрессионный анализ	59
4. ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ	61
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	65
ВЫВОДЫ	67
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	69

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Несмотря на тревожную статистику, указывающую на распространенность нарушений пищевого поведения (далее НПП) у подростков и молодёжи (Шульц К. В. и др., 2021), внимания данной проблеме уделяется явно мало.

Последствия данной группы нарушений крайне опасны для психосоматического, в том числе репродуктивного здоровья этого контингента, негативно влияет на весь организм, вызывает гинекологические и гормональные нарушения (Васильева А.В. и соавт., 2018), что подчеркивает необходимость разработки эффективных программ профилактики и коррекции нарушений пищевого поведения. При очевидной необходимости таких коррекционных программ, способных дать несовершеннолетним необходимые знания и навыки по предупреждению развития нарушений, формированию положительных установок к практике гармоничного пищевого поведения, подобное направление представлено в отечественной медицине и психологии совершенно недостаточно.

В некоторых случаях нарушения пищевого поведения помимо тяжелых психосоматических расстройств сопровождается и социально-психологической дезадаптацией, в связи с чем лечение таких пациентов требует комплексного подхода (Скиртач И. А., Пестова А. Е., 2021). Важность консолидации усилий специалистов (психиатров, психологов, врачей – интернистов различного профиля) является залогом успешной терапии. В частности, в последние годы всё больше внимания уделяется роли терапевтических отношений в процессе лечения и психотерапии, как основе эффективной психокоррекции подростков с НПП (Путятин, В. В., 2018). Немаловажное значение в создании терапевтического альянса с несовершеннолетними пациентами, страдающими НПП, является знание возрастных особенностей и психологических аспектов, влияющих на течение и исход заболевания. В

данной работе предпринимается попытка выявить ведущие личностные особенности подростков с НПП, а также особенности их социальной ситуации, которые являются предикторами развития НПП.

Практическая значимость работы заключается в необходимости разработки психологических интервенций, направленных на повышение осмысленности и изменение убеждений, связанных с самим собой и окружающими людьми, а именно приобретение самоконтроля и ценности собственного Я, что будет отражаться на мотивации к прохождению лечебных и психокоррекционных мероприятий.

Гипотеза. У девушек-подростков с нарушениями пищевого поведения присутствует специфический набор социально-психологических характеристик, предопределяющих данную форму дезадаптации.

Объект исследования: несовершеннолетние пациенты, получающие (получившие) комплексную помощь по программе сопровождения лиц с нарушениями пищевого поведения.

Предмет исследования: социально – психологические предикторы нарушений пищевого поведения у подростков женского пола

Цель исследования: изучение семейных, клинических и психологических особенностей пациентов с различными формами НПП.

№	ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ:	МЕТОДИКИ:
1	Характеризовать семейный статус девушек-подростков с нарушениями пищевого поведения.	Беседа, изучение медицинской документации.
2	Характеризовать клинический статус девушек-подростков с нарушениями пищевого поведения.	Беседа, изучение медицинской документации.
3	Выявить особенности эмоционально-личностных и поведенческих характеристик девушек-	Шкала оценки пищевого поведения (ШОПП); Сокращенный тест

	подростков с нарушениями пищевого поведения;	Мини-Мульт / СМОЛ; Многомерная шкала перфекционизма Хьюитта-Флетта; Интегративный тест тревожности (от 12 лет) / Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (от 16 лет); Шкала депрессии Бека (подростковый вариант); Опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса;
4	Выявить особенности внутренней картины болезни у девушек с расстройствами пищевого поведения	Методика «ТОБОЛ»;
5	Оценить роль психологических предпосылок в формировании суицидального риска у девушек с НПП	Методика выявления склонности к суицидальным реакциям (СР-45);
6	Выявить зависимость нарушений пищевого поведения от выявленных психологических предпосылок	Статистический метод

1. СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЕ

1.1. Нарушения пищевого поведения

Пубертатный период характеризуется множеством личностных новообразований, таких как самооценка, способность к саморефлексии, формирование ценностных установок. В период формирования эти качества личности достаточно неустойчивы, подвержены влиянию различных неблагоприятных и травмирующих факторов, что может приводить к нарушенной структуре ценностных ориентиров подростка, нарушению структуры самоотношения личности, искажению самовосприятия, в конечном итоге приводя к росту вероятности развития нарушений пищевого поведения.

Потребность в еде – потребность, которая лежит в основе пирамиды потребностей, разработанной А.Маслоу, удовлетворение которой первично и является необходимым условием для актуализации более высоких в этой иерархии потребностей, связанных с социумом, самоопределением, духовной сферой. (Хьелл Л., Зиглер Д.,1997). Но кроме необходимого минимума для выживания, еда является и важной частью социального взаимодействия. Отношение к еде и пищевые привычки сильно связаны и зависят от общественного мнения, культурных традиций, религиозных обычаев, социального положения человека, семейных паттернов отношения к еде, а также от качества и характера информации, получаемых индивидом от окружения, врачей и СМИ (Конышев В.А., 1985; Малкина-Пых И.Г., 2007).

Ещё одной функцией пищевого поведения в современном мире становится психоэмоциональная разрядка и снятие напряжения. Еда приносит человеку удовольствие, которое становится целью само по себе. Также еда становится атрибутом общения и взаимодействия с другими, когда её потребление происходит в коллективе. Пища может ассоциироваться с высоким социальным статусом, эстетичностью и обеспеченностью, что делает её

одним из факторов самоуважения. Также нельзя исключать роль пищи в различных религиозных и национальных ритуалах, присущих разным культурам и их традициям. И наиболее актуальна для настоящей работы становится функция пищи, которая связана с замещением потребностей в близости, эмоциональной регуляции, поддержки и поощрении.

В настоящий момент выделяют три основные формы нарушений пищевого поведения (НПП): нервную анорексию (НА), нервную булимию (НБ) и компульсивное переедание. Рассмотрим эти понятия более подробно.

В «Большом психологическом словаре» нервная анорексия имеет следующее определение – невротический синдром, наблюдающийся в основном у девочек-подростков и девушек, характеризующийся отказом от пищи, отсутствием аппетита и сопровождающийся утратой веса, аменореей, изменением привычек, постоянной гиперактивностью. Данное расстройство также сопровождается поведенческими, эмоциональными и когнитивными нарушениями. При неправильном лечении имеет место высокая смертность (5– 20%) вследствие дистрофических расстройств, как результат крайнего истощения» (Вахмистров А.В., Вознесенская Т.Г., Посохов С.И., 2001).

Нервная булимия – расстройство приёма пищи с периодически повторяющимися эпизодами переедания, сопровождающиеся последующей «очисткой» содержимого желудка путём вызывания рвоты, клизмирования или приема слабительных и мочегонных препаратов. До 1979 года нервная булимия выделялась, как одна из разновидностей нервной анорексии, но с 1980 года выделяется, как отдельный синдром.

Компульсивное переедание возникает как реакция на стресс, в виде потери контроля над пищевым поведением и попытки избежать переживания сильных негативных эмоций. В конечном итоге приводит к психогенному ожирению.

В международной классификации болезней 10-го пересмотра нарушения пищевого поведения находятся в классе «Психические расстройства и расстройства поведения» (F00-F99) в рубрике F50-F59 «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами», в подрубрике «Расстройства пищевого поведения» (F50). Подрубрика включает в себя: нервную анорексию, нервную булимию, переедание и рвота, связанные с другими психологическими расстройствами. В МКБ-11 под «расстройствами приема пищи и пищевого поведения» понимают ненормальное пищевое поведение и озабоченность едой, а также заметные проблемы с весом или фигурой. Расстройства приема пищи или пищевого поведения включают следующее:

- 6B80 Нервная анорексия
- 6B81 Нервная булимия
- 6B82 Приступообразное переедание
- 6B83 Избегающее и ограничительное расстройство приема пищи
- 6B84 Пика (парорексия)
- 6B85 Расстройство руминации-регургитации
- 6B8Y Другие уточненные расстройства приема пищи или пищевого поведения
- 6B8Z Расстройства приема пищи или пищевого поведения неуточненные

Данные синдромы имеют свойство видоизменяться с течением расстройства. У более чем половины девушек (63%) синдром расстройства приема пищи видоизменяется и переходит из одной формы в другую в течении первого года заболевания.

Важно отметить, что в клинике чаще встречаются расстройства смешанного типа, где присутствуют как признаки аноректического, так и признаки булимического поведения. Более чем в половине случаев при длительном течении анорексии заболевание видоизменяется, появляются приступы переедания и ритуалы самоочищения, что указывает на трансформацию болезни в нервную булимию. При этом случаи перехода нервной булимии в нервную анорексию встречаются гораздо реже (в среднем на 10-15%). (Балакирева Е. Е., 2018).

Изменение синдрома и его трансформация в другой может быть интерпретировано с разных точек зрения. Это может быть, как этапом на пути к ремиссии, так и знаком прогрессирования заболевания и ухудшения состояния пациента. У пациентов с нервной булимией появление симптомов специфических для нервной анорексии значительно ухудшает прогноз на дальнейшее выздоровление.

1.1.1. Факторы риска развития нарушений пищевого поведения

Продолжительное наблюдение за девушками с НПП позволило выделить множество факторов риска, которые приводят к последующему искажению образу собственного тела, навязчивым мыслям о похудении и проблемам в межличностном взаимодействии.

К факторам риска можно отнести: генетические факторы, биологические, семейные, личностные, социокультуральные и возрастные – все они находятся в тесной связи друг с другом.

Генетические факторы. Расстройства приема пищи относятся к классу болезней наследственного предрасположения, мультифакториального генеза и полигенной природы. Наследуемость для нервной анорексии составляет 57%, для нервной булимии – 62%, коэффициент генетической корреляции между нервной анорексией и нервной булимией составляет 46%. Иссле-

дования включают разнообразные гены-кандидаты, а именно: нейромедиаторные системы (серотониновую, дофаминовую, опиоидную, каннабиноидную), нейротрофический фактор мозга, пептидные системы регуляции, а именно: лептин-грелин и агути-протеин; и системы энергетического баланса митохондрий и генов, имеющих отношение к ожирению в целом. Большая часть исследований систем нейромедиаторов с точки зрения генетики сосредоточено на изучение генов серотониновой системы, так как именно нейромедиаторы этой системы задействованы в патогенезе депрессивных и тревожных расстройств, а также в регуляции состояния голода и насыщения. Именно поэтому в терапии НПП часто применяют антидепрессанты группы СИОЗС (Григорьева Д. А., Польская Н. А., 2019).

Биологические факторы. Анорексия чаще встречается у пациентов, имеющих в анамнезе недоношенность плода, внутриутробные задержки развития, а также перенесших различные родовые травмы и инфекции. Также у пациентов с НПП часто наблюдается дисфункции гипоталамуса, но вопрос о первичности появления гипоталамической дисфункции, вызывающей развитие НПП или истощения, приводящего к дисфункции, остаётся открытым. Кроме этого для пациентов с НПП характерны снижение устойчивости и концентрации внимания, ухудшение образной, ассоциативной памяти, что выражается в общем нейропсихологическом дефиците, что также подтверждается инструментальными исследованиями мозга, а которых обнаруживается атрофия и нарушение кровообращения, преимущественно в височной доле, увеличение желудочков мозга. Эти особенности связывают с возникновением нарушений памяти и внимания (Пичиков А. А. и др., 2020)

Нельзя не принять во внимание и нарушения работы гипоталамо-гипофизарной системы и системы работы внутренних желёз в целом. Здесь также остаётся открытым вопрос о первичности возникновения гипофизарной кахексии или анорексии, которая вследствие истощения и критического

снижения массы тела приводит к нарушенной работе желёз. Кроме нарушения работы гипоталамо-гипофизарной системы нарушается и работа яичников, приводя к снижению уровня эстрогена. Снижение дофамина и серотонина, характерное для множества психических расстройств, наблюдаются и при НПП, обуславливая в том числе наличие коморбидных с НПП психических расстройств.

К семейным факторам можно отнести наличие нарушений пищевого поведения и дисгармоничного стиля питания у родителей, выявляющееся практически в 87% случаев. Для родителей характерны как нарушения пищевого поведения, так и недостигающие уровня расстройства отказы от еды, ожирение, а также чрезмерное употребление алкоголя или наркотиков. Также к семейным факторам целесообразно добавить факторы, связанные с воспитанием. Результаты проведенного О.В. Мясниковой (2020) корреляционного исследования показали, что матери девочек с НПП характеризовались, как отстраненные, холодные, эгоистичные, вследствие чего подросток не имеет возможности получать достаточное количество внимания и заботы в семье. Наряду с отстраненной матерью девочки-подростки описывают отца, как равнодушного к семье, не принимающего участия в их воспитании. В исследовании Кононенко В.С. (2019) также было выявлено, что подростки с нарушениями пищевого поведения испытывают постоянное психоэмоциональное напряжение, тревожны и не уверены в своей семье. Они часто испытывают чувство вины и стыда, а также у них отсутствует чувство безопасности и контроля над событиями, происходящими дома. Данные испытуемые чувствуют себя чужими в своих семьях. При этом автор отмечает, что неразрешенным остаются вопрос о первопричине: являются ли дисфункциональные семейные паттерны предпосылкой или следствием заболевания?

К личностным факторам можно отнести тревожные, истерические типы личности с чертами перфекционизма. В данной нозологической

группе также выявляется высокий уровень личностной тревожности, низкая самооценка, проявляющаяся в неуверенности в своих действиях, недовольстве собой. При этом наблюдаются трудности в коммуникации, склонность к отчужденности и замкнутости. Пациентам с НПП также свойственна низкая интероцептивная компетентность, неудовлетворенность собственным телом, его негативный образ. В следствии всего вышеперечисленного у пациента, в особенности у подростка, нарушается структура самоотношения (Набойченко Е.С., Носкова М.В., 2022).

К социокультуральным факторам относят проживание в культурах, где в отношении внешности предпочтение отдается стройности, а порой и болезненной худобе. Контент-анализ текстов в сети Интернет, проведенный А.Н. Кононовы и А.С. Комиссаровой (2020) подтвердил, что одной из причин возникновения НПП у подростков является негативная оценка их внешности и веса людьми из близкого окружения, что играет роль в искажении Я-концепции.

Нередко одним из факторов, определяющими развития НПП являются травматичные события высокой интенсивности, пережитые в детстве, такие как сексуальное и физическое насилие, а также длительные периоды психологического насилия (эмоциональное отвержение, буллинг, критика) (Балакирева Е. Е., 2018).

1.2. Особенности эмоционально-личностной сферы пациентов с нарушениями пищевого поведения

Нервная анорексия тесно связана с такой личностной особенностью как перфекционизм. Девочки-подростки в этом случае стремятся к идеалу как в отношении учебной деятельности, так и в отношении собственной внешности. Завышенные требования сопровождаются чрезмерным желанием контроля окружающего мира и собственного состояния. Также девушкам с перфекционизмом присуща ригидность и отсутствие гибкости в поведении, навязчивые идеи самосовершенствования.

На связь нарушений пищевого поведения с перфекционизмом, особенно если он проявился в детском возрасте, указывают многие авторы (Davis C., Claridge G., Fox J., 2001; Fairburn C., Brownell K., 2003). Девушки с НПП характеризуются низкой толерантностью к собственным, низкой самооценкой и неуверенностью в себе. Они чрезмерно чувствительны к оценкам и ожиданиям окружающих людей, ситуации, в которых они оказываются хуже других, переживаются крайне тяжело.

На установки девушек относительно своего тела и внешнего вида также влияют установки семьи и ближнего окружения, формирующие негативное отношение к полноте, а также необходимость ограничивать себя в еде. Нередко у родственников наблюдаются нарушения пищевого поведения или дисгармоничные установки относительно пищевого поведения. Кроме ближнего окружения на формирование самоотношения влияют и СМИ, которые всё чаще транслируют идею о похудении, как о чём-то здоровом, красивом, эстетичном, модном.

Риск развития нервной анорексии увеличивается в семьях, где преобладает авторитет, жёсткий контроль и доминирование со стороны матери. Часто отмечается её отстранённость и отсутствие проявления теплых чувств. И наоборот, отец не оказывает большого влияния на воспитание подростка, его стиль воспитания зачастую имеет хаотичный и непоследовательный характер.

Порой стремление к худобе и ограничение себя в еде может иметь и определенные вторичные выгоды в семейном кругу. Девочка-подросток таким образом может добиваться внимания к себе, стремиться к контролю и подчинению своих близких проблемам своего здоровья (Vandereycken V., 1984).

Отличительной особенностью личности девушки с НПП является нарушение образа собственного тела – дисморфофобия (Николаева Н.О.,

Мешкова Т.А., 2011). При дисморфофобии девушка не может конструктивно и реалистично оценить свое тело и свою фигуру, преобладает уверенность в полноте и необходимости ограничивать себя в еде. Дисморфофобия является одним из диагностических критериев нервной анорексии, указанных в МКБ-10.

Дисморфофобические идеи зачастую сопровождаются расстройствами эмоциональной и личностной сферы: паранойяльные и обсессивно-фобические мысли, сенситивные идеи отношений. Также диапазон эмоциональных расстройств варьируется от депрессивных состояний с пониженным фоном, мысленной и двигательной заторможенностью до состояния гипомании и психопатоподобной мании с эйфорией (Балакирева Е.Е., 2018).

У пациенток с булимией преимущественно выделяются следующие личностные особенности: нарушение восприятие собственного тела, ощущение неэффективности и ненависти к себе, наличие депрессивной симптоматики, импульсивность в поведении, повышенная потребность в поддержке окружающих.

В отличие от больных с нервной анорексией семьи больных с нервной булимией отличаются высокой конфликтностью и импульсивностью в отношениях. Между членами семьи часто нет хорошо выстроенных каналов коммуникации, взаимодействие с членами семьи является источником стресса и негативных эмоций. При этом в семье ребенок не научается конструктивным стратегиям совладания с проблемами, но испытывает существенное давление из-за высоких требований к социальному успеху со стороны родственников (Jonson S., Flash A., 1986).

И при булимии, и при анорексии нередко наблюдается нездоровое стремление к занятию спортом для снижения веса. Также нередко еда становится способом разрядки, совладания с психоэмоциональным напряже-

нием. В результате её потребления настроение и эмоциональный фон, действительно, улучшаются, но лишь в краткосрочной перспективе (Коростелева И.С., Роттенберг В.С., 1995).

В исследованиях отечественных и зарубежных авторов у женщин с высоким ИМТ был выявлен высокий уровень алекситимии, что можно предположить справедливым для булимии и компульсивного переедания, поскольку там есть похожие паттерны употребления чрезмерного количества пищи (Герус Л.В., 1995; Минабутдинов Ш.Р., 1996).

Алекситимия – психологический симптомокомплекс, который выражается в затруднении распознавания собственных чувств и эмоций, а также в неумении их выражать. Алекситимия имеет проявления на когнитивном, аффективном и поведенческом уровнях. При невозможности выражения переживаемых чувств человек испытывает достаточно высокое эмоциональное напряжение, которое приводит к появлению в поведении паттерна «утешения себя» едой. Существует предположение, что данный механизм совладания со стрессом появляется и подкрепляется еще в раннем детстве, в условиях, когда мать не может чётко распознать и удовлетворить потребности ребёнка, предлагая ему еду на все дискомфортные состояния ребёнка, а не только на состояние голода (Берковская М.А. и соавт., 2020).

Нейрофизиологическое исследование Якуповой Л. П. (Юрьева Т. В., Ришко Н. И., Тесленко П. О., 2021) позволило сделать следующие выводы:

- При синдроме нервной анорексии в рамках патологически протекающих возрастных кризов были выявлены признаки дисфункции стволово-диэнцефальных структур мозга. Поражение диэнцефальных отделов мозга, приводящее к особому нейропсихологическому синдрому, согласно нейропсихологическим описаниям, нередко сопровождается эмоциональной нестабильностью, повышенной реактивностью;

- При синдроме нервной анорексии обнаружены также признаки усиления процессов возбуждения и задержка возрастных перестроек, которые вероятно являются последствиями крайнего истощения и эндокринных нарушений;

- При синдроме нервной анорексии с булимией и vomitomанией уже были показаны признаки уплощенных ЭЭГ, что говорит о сниженной активности, наличии дистрофических процессов в головном мозге (Грачев В.В., Шевченко Ю.С., 2016).

1.3. Влияние нарушений пищевого поведения на репродуктивное здоровье девочек-подростков

Нарушения пищевого поведения значительно чаще встречаются в популяции женщин, чем мужчин. В среднем в развитых странах анорексией булимией болеют 2%, психогенным перееданием — 2% женщин. Психогенное переедание у мужчин встречается реже, чем у женщин (ежегодно заболевают 0,8% и 1,6% соответственно). По России актуальной информации и статистики на настоящий момент не существует (Le Grange, D., Swanson, S. A., Crow, S. J., & Merikangas, K. R., 2012).

Высокая распространенность расстройств пищевого поведения в женской популяции объясняется в первую очередь требованиями и стандартами, которые выдвигаются к их фигуре в современном обществе. В настоящее время доступность пищи не ограничивается какими-то внешними факторами, поэтому произвольное разумное ограничение себя в еде является одной из составляющих здорового образа жизни. Но под давлением как внешних факторов (СМИ, культурных особенностей, модных тенденций), так и внутренних (стресс, личностные и конституциональные особенности) разумное ограничение может перерасти в чрезмерное избегание пищи.

Нарушения пищевого поведения, анорексия в частности, сопровождается также нарушением работы эндокринной системы, нарушенная работа

которой приводит к развитию аменореи. Аменорей называют симптом, который проявляется отсутствием менструаций. Наличие и степень тяжести положительно коррелирует со степенью тяжести НПП.

Подробный механизм развития аменореи еще до конца не изучен, но известно, что торможение секреции гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ) приводит к резкому снижению плазматических уровней гонадотропинов гипофиза – лютеинизирующего (ЛГ) и фолликулостимулирующего (ФСГ) гормонов и, как следствие этого снижению уровня эстрогенов в организме женщины (Афанасьева П. С., 2021).

Кроме того, отмечается ослабление и замедление, секреции ЛГ и ФСГ в ответ на введение гонадотропин-рилизинг-гормона. При становлении ремиссии анорексии по мере увеличения массы тела реакция гонадотропинов на введение ГнРГ постепенно восстанавливается.

В суточном ритме секреции ЛГ также наблюдаются изменения – уменьшается частота и сила импульсов его выброса, уровень концентрации ФСГ преобладает над уровнем ЛГ – что при нормальном развитии характерно для препубертатной стадии.

Нарушения работы гипоталамо-гипофизарно-овариальной оси могут быть последствием различных факторов, в том числе критического снижения массы тела. Данная реакция организма в условиях дефицита калорий и высокого психоэмоционального напряжения является нормой, защитной реакцией и приводит к возвращению к допубертатному состоянию репродуктивной системы девушки. В дальнейшем такое состояние становится хроническим, вызывая осложнения и оказывая всё большее негативное влияние на состояние репродуктивной системы.

При ремиссии, нормализации пищевого поведения, достижения нормальной массы тела и менструальный цикл возвращается в норму. Соотношение жировой ткани при этом должно быть не менее 17%. Последующее

поддержание менструального цикла требует дальнейшего наращивания жировой ткани не менее 22%.

При снижении соотношения жировой ткани к массе тела ниже вышеуказанного порога возникают нарушения в работе гипоталамо-гипофизарно-овариальной оси, что приводит к снижению выработки эстрогенов. При возникновении НПП в допубертатном возрасте у пациенток развивается первичная аменорея. При длительном и хроническом течении НПП, сопровождаемых критически низкой массой тела и жёсткими ограничительными пищевыми привычками, появляется высокая вероятность развития вторичного гипогонадизма, гипоплазии матки и бесплодия.

Одновременно с этим гипогонадизм и гипоэстрогения обуславливают высокий риск развития таких соматических нарушений как остеопения и остеопороз.

Таким образом, НПП необходимо рассматривать как значимую мультидисциплинарную проблему в изучении которой необходимо тесное взаимодействие психиатров, эндокринологов и гинекологов.

Также становится явной необходимость проведение психообразовательных бесед с целью разъяснения последствий дисгармоничного стиля пищевого поведения, разработка системы психокоррекционных мероприятий, включающих работу с ценностями, самоотношением, установками относительно репродуктивного здоровья (Васильева А.В., Караваяева Т.А., Отрощенко О.Н., Фомичева М.В., 2018).

1.4. Терапевтический альянс у девочек-подростков с нарушениями пищевого поведения

И хотя исследования НПП с каждым годом становятся все более актуальными, а клинического опыта накапливается всё больше, НПП несмотря на это представляют определенную сложность в отношении подбора методов лечения. Процесс лечения по-прежнему представляет сложный процесс,

требующий взаимодействия специалистов разного профиля, а также учёт особенностей данной нозологической группы. Необходимость более глубокого анализа различных факторов, влияющих на терапевтический альянс девушек с НПП во многом диктуется такими сложностями во время терапии, как сложность установление контакта, неследование врачебным рекомендациям, досрочное прерывание лечения.

В настоящий момент статистика указывает на отсутствие достаточно эффективных методов лечения НПП. Смертность доходит до 20 %, в том числе от суицидов – 0,2 % в год, продолжает оставаться достаточно высоким процент неблагоприятных исходов. По данным мета-анализа 119 исследований (Steinhausen H.C., 2002) нормализация массы тела имела место у 59,6 % больных, менструального цикла — у 57 %, пищевого поведения — у 46 %. В целом автор приводит следующие цифры: хороший исход с нормализацией веса и менструального цикла наблюдался у 44 % больных; плохие исходы, при которых сохранялись отклонения веса и нарушения менструального цикла, отмечались у 24 % больных; 5 % больных умерли.

Согласно исследованиям, проведенным авторами, от половины до трёх четвертей подростков успешно проходят реабилитацию и излечиваются от НПП, но 20% всё же имеют хроническое течение заболевания.

Высокий процент хронизации заболевания и смертельных исходов в данной нозологической группе является следствием трудностей в установлении прочного терапевтического альянса с пациентами с НПП (Попов Ю.В., Вид В.Д., 2006).

Исследования, существующие в настоящий момент, говорят о высокой вероятности преждевременного прерывания лечения девушками с НА. Ранние исследования (Vandereycken W., Pierloot R., 1983), проведенные на

популяции 133 женщин, страдающих НА, показывают 57,6 % преждевременного выбывания из программы лечения, которая предполагала набор веса в количестве 90% от изначального и психокоррекцию.

Исследования, проведенные в 2005 году (Zeeck A., Hartmann A., Buchholz C., Herzog T., 2005) на основе наблюдения 236 пациентов с НА, показали 31 % прерывания лечения, из которых 26 % не достигли даже половины намеченной программой терапевтической цели в виде ИМТ ≥ 18 . Исследования, проведенные в 2006 году (Caroline H. et al., 2011) на основе наблюдения 113 пациентов с диагнозом расстройство пищевого поведения (НА и РПП недифференцированного типа), показало 36 % преждевременного прерывания лечения с прогнозируемым уровнем улучшения состояния по критерию ИМТ равного 20. Исследования, проведенные в 2010 году во Франции (там же) на основе наблюдения более 600 больных с НПП, показало 53,3 % преждевременного прерывания лечения, причем более половины указанных пациентов прерывали лечение в течение первых недель госпитализации.

Можно заметить, что процент пациенток, которые пожелали прерывать терапию до её окончания не только не уменьшался, но и более того, возрастал на протяжении 30 лет исследований. Следовательно, расстройство тех пациенток, которые отказались от лечения до выздоровления, с большей вероятностью перейдет в хроническую форму, и полное излечение будет невозможно. Важно отметить, что процент выхода из терапии среди подростков, страдающих нервной анорексией, несколько меньше (24%), что, однако, объясняется недостижением ими 18 лет, а, следовательно, невозможностью прерывания ими терапии без вмешательства опекунов (Hubert T., Pioggiosi Ph., Huas C., Wallier J., Maria A.-S., Apfel A., Curt F., Falissard B., Godart N., 2013).

Среди факторов, которые связаны с досрочным прерыванием терапии, отмечают: наличие раннее перенесенных госпитализаций, низкую массу тела, дисгармоничные установки относительно пищевого поведения и собственного веса, сочетание булимических и аноректических симптомов, наличие стратегий самоочищения, наличие депрессивной симптоматики, высокий суицидальный риск, зависимое поведение, опасения относительно последующей стигматизации обществом, предвзятое отношение к психиатрической и психологической помощи.

Представляется интересным, что практически во всех исследованиях главными причинами преждевременного прерывания лечения главными выделяются отсутствие качественного терапевтического альянса и отсутствие замотивированности на прохождение терапии (Carter J.C., Bewell C., Blackmore E., Woodside D., 2006).

1.4.1. Фактор мотивации у пациентов с нервной анорексией

Исследования девушек с НПП показали важность работы над мотивационным компонентом в ходе прохождения лечения, поскольку именно он является одним из определяющих для успеха проводимых мероприятий (Guarda A.S., Pinto A.M., Coughlin J.W., Hussain S., Haug N.A., Heinberg. L.J., 2007).

Несмотря на наличие эффективных психотерапевтических методик и техник, которые собрали большую доказательную базу при лечении НПП, низкая мотивация пациентки может свести их эффективность к минимуму. Результаты исследования эффективности когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) при НПП показали снижение эффективности психологических интервенций при несформированной мотивации пациента к прохождению лечения, что может объясняться именно фактором низкой мотивации, так для когнитивно-поведенческой терапии уже в начале терапии важна заинтересованность и вовлеченность пациента. В этом случае до начала терапии

рекомендуется проводить с пациентами мотивационное интервью для актуализации ресурсов и повышению заинтересованности в процессе лечения (Крылов В.И., 1995).

Работа с мотивацией крайне важна для успешного включения пациента в процесс лечения и реабилитации. В ином случае пациент пассивно ожидает окончания лечения, не предпринимая активных действий для борьбы с расстройством. В крайних случаях такие пациенты могут саботировать проводимые мероприятия, оказывая негативное влияние не только на себя, но и на других пациентов отделения.

Одной из причин подобного сценария является недобровольность начала лечения, так как при тяжёлых состояниях девушек доставляют в стационар принудительно с целью стабилизировать состояние, возникшее в результате длительного истощения. В таких условиях нам не приходится говорить о добровольном согласии пациента на лечение.

Также одной из причин прерывания лечения досрочно может быть несовпадение между представлениями лечащего врача или психотерапевта о готовности пациента к изменениям и реальной готовностью пациента и его замотивированностью. Медицинский персонал склонен завышать и положительно оценивать психологическую готовность пациентов к терапии, не учитывая при этом их реальных чувств и мыслей о болезни (Hettema J, Steele J., Miller W.R., 2005).

В настоящее время, несмотря на наличие большого прогресса в изучении нарушений пищевого поведения, частая ошибка врачей при проведении бесед с девушками с НПП это использование конфронтации и попыток убедить пациенток в нерациональности их убеждений (Коркина М.В., Цивилько М.А., Мариллов В.В., 1986). В этом случае врач старается с помощью собственного авторитета и наставлений показать, что пациент выбрал «неправильный путь» в жизни, приводит логические доводы в пользу здорового

питания, убеждает больного в обоснованности терапевтических мер. Подобный авторитарный стиль общения часто оказывается неэффективным для пациентов с изначально пониженной мотивацией к лечению, особенно при общении с подростками, хоть и до сих пор он остается основной формой взаимодействия врача и пациента (Babor T.F., 2004; Burke B.L., Dunn C.W., Atkins D.C., Phelps J.S., 2004).

В исследованиях зарубежных авторов также отмечается, что во время лечения девушки с НПП чувствовали чрезмерное давление на них, принуждение к лечению вместе с игнорированием их индивидуальных потребностей, что неизбежно приводило к сопротивлению, саботированию и отсутствию сотрудничества в терапевтическом альянсе (Halmi K., Agras W.S., Crow S., Mitchell J., Wilson G., Bryson S. et al., 2005).

Несмотря на то, что в основном сопротивление вызывает сам факт необходимости прохождения терапии (поскольку многие симптомы нарушений пищевого поведения не воспринимаются самим пациентом, как патологические, а скорее являются желанными (худоба, ограничительное поведение)), пациенты могут также сопротивляться личности врача или факту принуждения к терапии.

Таким образом, качество терапевтического альянса с лечащим врачом и психологом значительно влияет на ход терапии, предопределяя возможность досрочного прерывания и саботирования лечебных и психотерапевтических мероприятий. Тесный и доверительный в контексте лечения контакт между пациентом и медицинским персоналом положительно сказывается на эффективности проводимых мероприятий.

1.4.2. Факторы комплаенса и терапевтического альянса у пациентов с нервной анорексией

Комплаентность пациентов в настоящий момент широко изучается, как в контексте общих вопросов о взаимоотношениях врача и пациента, так

и в контексте отдельных нозологических групп. Характер этих взаимоотношений определяется многими факторами, включая восприятие личности врача пациентом, стиль коммуникации между ними, влияние личностных качеств врача и пациента (Лутова Н.Б., Незнанов Н.Г., Вид В.Д., 2008).

НПП являются той группой заболеваний, при которых наблюдается высокий уровень нон-комплаенса, трудности при формировании терапевтических отношений и альянса (Лев Л.М., Андреева В.О., Заика В.Г., Ткаченко Н.В., 2012). Основная ответственность в построении эффективных терапевтических отношений лежит на враче, который может знать о факторах, влияющих на комплаенс, и осознанно совершать действия для его формирования и уменьшения сопротивления пациента. Это еще в большей степени касается лечения пациентов подросткового возраста, во взаимодействии с которыми могут возникнуть трудности в построении коммуникации, поскольку в этот период для подростков характерно нонконформистское, оппозиционное поведение по отношению к взрослым, авторитетным фигурам (Личко Е.А., 1985).

Несмотря на то что тема комплаенса активно изучается в последние годы, относительно НПП терапевтический альянс остается не до конца изученной областью, хотя и считается одним из важных факторов, влияющих на успех и эффективность лечения (Surgenor L.J., Maguire S., Beumont P.J., 2004).

Вывод о важности отношений пациента с медицинским персоналом мы находим в исследовании, проведенном в 2012 году, которое показало, что в 95% случаев нон-комплаенс пациентов был обусловлен негативным восприятием врача (Лев Л.М., Андреева В.О., Заика В.Г., Ткаченко Н.В., 2012). Хотя данное исследование проводилось на малом количестве пациентов (47 девочек-подростков от 15 до 18 лет), в нём наглядно огромное

влияние отношений «врач-пациент» на процесс медицинского сопровождения. Качественный альянс является предиктором стабилизации и улучшения состояния, а также достижения медицинских и психотерапевтических целей. (Скрипченко П. А., Пичиков А. А., Попов Ю. В., 2013)

Среди факторов, мешающих установлению эффективного терапевтического альянса выделяют:

- Наличие у пациента отрицания болезни, неосознавания губительных для здоровья последствий, отсутствие мотивации на лечение и изменение установок;
- Высокий уровень алекситимии, трудности в выражении эмоций, особенно злости и агрессии, которые могут выражаться в аутоагрессивном поведении, сопротивлении, в конечном счёте приводя к преждевременному прерыванию лечения;
- Наличие директивности в отношениях с пациентами с НПП, менторский тон общения, стремление «починить» дисфункциональные установки, прямое оспаривание взглядов и убеждений пациентов;
- Стремление пациентов произвести хорошее впечатление на врача или психолога, что также не является осознанной мотивацией к лечению;
- Защитные механизмы по типу избегания, конфронтации, обесценивания, чрезмерной идеализации, которые также могут приводить к доминированию мотивации на избегание неудач. Следовательно, при неизбежном столкновении с трудностями терапии пациент более склонен к прерыванию лечения;
- Страх формирования зависимого типа отношений, характерного для них (как правило в симбиозе с матерями) и пугающего одновременно.

Высокий уровень перфекционизма в данной нозологической группе часто сопровождается отношением к лечению, как к «экзамену», очередной способ самосовершенствования». В этой ситуации пациент может неверно толковать цели терапии, ожидая быстрого улучшения состояния. Будучи неготовым к трудным переживаниям во время прохождения программы лечения и психотерапии, связанными с изменением глубинных установок относительно своего самоотношения и убеждений, пациенты преждевременно прерывают терапию из-за невозможности вынести стресс (Путятин, В. В., 2018)

Современный подход к отношениям «врач–пациент» (Данилов Д.С., 2014) предполагает партнерское взаимодействие врача и пациента с отсутствием чётких вертикальных отношений. Пациент в данном случае также привлекается к разработке плана лечения, исходя из его индивидуальных потребностей и личностных особенностей. Поскольку план лечения зависит и от пациента, это формирует более устойчивую мотивацию на лечение, ответственность за успешное прохождение терапии, ощущение значимости собственных усилий. Кроме того, такое партнёрское взаимодействие может стать одним из немногих, если не первым, опытом установления доверительных, равных отношений, что также положительно сказывается на процессе выздоровления, поскольку построение межличностных отношения часто является трудностью для подростков с НПП. Способность к таким отношениям – один из факторов успешного лечения и дальнейшей реабилитации.

Нельзя оставлять без внимания и отношения с родственниками и близким окружением подростка. Психопросветительская работа и психотерапия семейных отношений может значительно ускорить процесс взаимодействия, так как большинство подростков, несмотря на стремление к эмансипации, продолжают находиться в окружении семьи большое количество времени и всё ещё остаются зависимыми от неё, как в эмоциональном, так и в

финансовом плане. В программу сопровождения есть смысл включать встречи с родственниками пациентов, которые будут посвящены обсуждению трудностей в общении с подростками. Целью таких встреч может быть поиск более эффективных способов коммуникации с учетом личностных особенностей ребёнка, особенностей подросткового возраста в целом, а также особенностей, связанных с прохождением лечения.

Таким образом, в настоящий момент является особенно актуальной разработка алгоритмов работы с пациентками с нарушениями пищевого поведения с учетом их личностных особенностей и учетом особенностей взаимодействия с такими пациентами. Для этого представляется необходимым более глубоко изучить психологические особенности данной нозологической группы и факторы, которые могут повлиять на дальнейшее формирование комплаенса с лечащим врачом и психологом.

2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Описание выборки

В исследовании приняло участие 256 человек. Из них 136 человек - девушки с различными формами нарушения пищевого поведения, получавшие амбулаторное медицинское сопровождение. Возраст респондентов от 13 до 17 лет, средний возраст выборки с НПП $15,6 \pm 1,4$ лет.

Контрольная выборка состоит из 120 девушек, не имеющих установленного диагноза F50 «Расстройства приёма пищи», обучающихся в учреждениях среднего и среднего специального образования. Возраст респондентов от 14 до 17 лет, средний возраст выборки без НПП $15,5 \pm 0,9$ лет.

Критерии включения в экспериментальную выборку:

1. Девушки – подростки в возрасте от 10 до 17 лет включительно;
2. Наличие диагноза F50 «Расстройства приема пищи»;
3. Участие в программе сопровождения лиц с НПП (нарушения пищевого поведения) в условиях СПб ГБУЗ ГЦОРЗП «Ювента»;
4. Отсутствие показаний для стационарного лечения;
5. Информационное добровольное согласие на участие в исследовании.

Критерии невключения в исследование:

1. Ранний уход из программы сопровождения лиц с НПП;
2. Отсутствие полноценной диагностической информации (незаполнение полного комплекта методик)

В ходе исследования был проведен анализ социальных и клинико-психологических характеристик пациенток с НПП и девочек без НПП. Подробные социальные характеристики выборки представлены в Таблице 1.

Таблица 1.

Социальные характеристики

№ п/п	Характеристика	Группа с НПП	Группа без НПП	Критерий Фишера
1	Семейный статус			
	Полная семья	70 % (96)	80% (96)	1.749
	Неполная семья	30 % (40)	20% (24)	
2	Социальный статус			
	Учится в СОШ	70 % (96)	75% (90)	-
	Учится в колледже	20 % (27)	25% (30)	
	Учится в ВУЗе	9 % (12)	-	
	Не учится/не работает	1 % (1)	-	
3	Стиль воспитания			
	Демократический	32 % (44)	60% (72)	4.479
	Гиперопека	30 % (41)	9% (11)	
	Непоследовательный	13 % (18)	8% (9)	
	Авторитарный	4 % (6)	2% (3)	
	Отчужденный	21 % (27)	21% (25)	
4	Участие родителей в процессе лечения			
	Активно участвуют	13 % (18)	-	-
	Активно не участвуют, но придерживаются рекомендаций	39 % (53)	-	
	Один родитель активно участвует, другой против	23 % (31)	-	
	Не участвуют/игнорируют	25 % (34)	-	

Среди пациенток, получавших комплексную медицинскую помощь, большинство (70%) проживают в полных семьях. В выборке девушек без НПП количество проживающих в полных семьях несколько выше (80%). В экспериментальной выборке большинство девушек обучается в старших классах СОШ (70%), оставшиеся 30% распределены между колледжем и

ВУЗом и один человек не учится и не работает. Контрольная выборка представлена только обучающимися в СОШ (75%) и колледже (25%). Доминирующими стилями воспитания в экспериментальной выборке являются демократический и гиперопекающий (32% и 30%). Процент демократического стиля воспитания в семьях девушек без нарушений значительно выше – 60%.

И лишь 13% родителей девушек с НПП принимают активное участие в процессе лечения и реабилитации пациенток с НПП, при этом 25% родителей игнорируют или не участвуют в процессе лечения.

Кроме социальных характеристик изучались клинические характеристики девушек с НПП, которые представлены в Таблице 2.

Таблица 2.

Клинические характеристики

№ п/п	Характеристика	Пациенты с НПП
1	ИМТ	
	Значительный дефицит	18 % (25)
	Дефицит	32 % (43)
	Норма	38% (51)
	Лишний вес	12% (16)
	Ожирение первой степени	0,7% (1)
2	Виды НПП	
	НА (F50.0)	42 % (57)
	НБ (F50.2)	13 % (18)
	Психогенное переедание (F50.4)	4 % (5)
	ДРПП (F50.8)	40 % (52)
	АНА (F50.1)	3% (4)
3	Сопутствующие заболевания	
	Гинекологические	60 % (86)
	Психический	14 % (19)
	Другое	9 % (12)

	Нет	22 % (30)
4	Ранее обращались за психологической помощью	
	Да	38 % (52)
	Нет	62 % (85)

Наибольшее количество пациенток ранее не обращались за психологической помощью (62%). Среди обратившихся за помощью большая часть (42%) имеет диагноз F50.0 Нервная анорексия, либо F50.8 Другое расстройство пищевого поведения (40%). При этом 62% девушек имеют нарушенный индекс массы тела, из них 50% имеют ИМТ ниже нормы и 12% девушек имеют признаки лишнего веса. По результатам комплексного обследования больше чем у половины девушек (60%) были обнаружены гинекологические заболевания, среди которых нарушение менструального цикла, олигоменорея, дисменорея, аменорея (первичная и вторичная), дисфункция яичников, поликистоз яичников, аномальное маточное кровотечение, киста жёлтого тела, острый вагинит и кандидоз. Также были обнаружены сопутствующие психические заболевания (14%) – апатический синдром, депрессивное расстройство, генерализованное тревожное расстройство, ОКР, расстройства адаптации. Также были выявлены сопутствующие заболевания, не относящиеся к вышеперечисленным группам (9%) – угревая сыпь, дисфункция гипоталамуса, нарушения сна, белково-энергетическая недостаточность.

2.2. Процедура исследования

Процедура исследования состояла из трёх этапов.

Первый этап - информационно-аналитический. На этом этапе происходит подбор психодиагностических методик, основываясь на задачах и целях исследования. Также был произведен анализ медицинской документации, были сформированы критерии включения в экспериментальную и контрольную выборки.

Второй этап – экспериментальный. Проведение экспериментально-психологическое обследование девушек с НПП с помощью отобранных ранее методик, получавших комплексную медицинскую и психологическую помощь. На этом этапе исследования были собраны анамнестические данные пациентов. В результате анализа были получена информация о социальном и семейном статусе девушек, а также некоторые клинико-психологические характеристики, такие как сопутствующие заболевания, обращения за психологической помощью.

Третий этап – обобщающий. Математико-статистическая обработка (описательная статистика, сравнительный анализ, корреляционный анализ, регрессионный анализ), описание полученных данных, анализ полученных результатов и их интерпретация, формулирование выводов. Математико-статистическая обработка была произведена с помощью программы STATISTICA.

2.3. Методы исследования

2.3.1. Методика «Шкала оценки пищевого поведения» (ШОПП/EDI)

Шкала оценки пищевого поведения, ШОПП (Eating Disorder Inventory, EDI) используется для скрининга нарушений пищевого поведения, выявляя поведенческие, эмоциональные и соматические симптомы НПП. Опросник используется в том числе для уточнения симптоматики НПП и увеличения эффективности лечения. Первая версия опросника была разработана в 1983 году D.M. Garner, M.P. Olmstead, J.P. Polivy.

Опросник содержит 51 утверждение, баллы по которым при подсчёте распределяются по 7 шкалам:

1. Стремление к худобе – наличие чрезмерного беспокойства о внешнем виде, весе, навязчивые мысли о похудении;

2. Булимия – наличие эпизодов переедания с последующей «очисткой» желудка и кишечника с помощью рвоты или специальных препаратов;
3. Неудовлетворенность телом – восприятие собственного тела или отдельных его частей, как слишком больших, полных, неудовлетворяющих представлениям человека;
4. Неэффективность – субъективное ощущение отсутствия контроля над своей жизнью, отсутствие уверенности в себе и в безопасности окружающего мира;
5. Перфекционизм – наличие чрезмерно высоких требований к себе, ожиданий, низкая толерантность к ошибкам;
6. Недоверие в межличностных отношениях – наличие трудностей в коммуникации с другими, неумение выстраивать близкие доверительные отношения;
7. Интерцептивная некомпетентность – сниженная способность к опознаванию своих физиологических потребностей, таких как голод, жажда, насыщение.

2.3.2. Опросник «Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности» (СМОЛ)

Опросник СМОЛ представляет собой сокращенный вариант ММРІ, содержит 71 вопрос, 11 шкал, из них 3 – оценочные. Автор методики - Дж. Кинканнон, на русский язык в 1981 году адаптировал Зайцев В.П. Первые 3 оценочные шкалы измеряют искренность испытуемого, степень достоверности результатов тестирования и величину коррекции, вносимую чрезмерной осторожностью. Остальные 8 шкал являются базисными и оценивают свойства личности.

В результате исследования мы получаем личностный профиль, где повышения по шкалам выше 70 Т-баллов указывают на наличие ярко-выраженных особенностей личности невротического или психотического

наклона. Баллы ниже 40 Т-баллов считаются низкими и говорят либо об отсутствии этих черт в характере, либо о недостоверности профиля. Для оценки личностного профиля используются следующие шкалы:

1. Шкала лжи (L) указывает на готовность испытуемого честно и открыто отвечать на поставленные вопросы;

2. Шкала достоверности (F) также помогает выявить то, насколько честно испытуемый отвечает на вопросы. Повышенные показатели по шкале F могут также говорить о желании испытуемого продемонстрировать неудовлетворенность и фрустрированность своим состоянием, привлечь к нему внимание экспериментатора;

3. Шкала коррекции (K) указывает на уровень социальной желательности ответов испытуемого, а также на возможное неосознанное желание проявить себя лучше в глазах экспериментатора;

4. Ипохондрия (Hs) – для испытуемого с высокой шкалой ипохондрии характерна реакция на стресс по астеноневротическому типу. Для них характерны медлительность, пассивность, внушаемость, трудности в адаптации к новым условиям и коммуникации;

5. Депрессия (D) – для испытуемых характерны высокая чувствительность, низкая толерантность к тревоге и неопределённости, низкая самооценка в межличностных контактах они робкие и застенчивые, доминирует мотивация избегания неудач.

6. Истерия (Hy) – для испытуемых характерна реакция на стресс с защитными механизмами по типу конверсии, которые используются как способ избегания ответственности и последствий своих действий. Своим поведением они часто стараются привлечь к себе больше внимания, казаться значительнее и важнее, чем есть на самом деле.

7. Психопатия (Pd) – наличие повышения в профиле по данной шкале указывает на социальную дезадаптацию испытуемого. Для них характерны агрессивность, высокая конфликтность, систематическое нарушение

норм и правил общества. Эмоциональный фон этих испытуемых лабильный, неустойчивый.

8. Паранойяльность (Pa) – у пациентов с высокими значениями по данной шкале обнаруживаются сверхценные идеи различного характера. Для них свойственна высокая подозрительность и агрессивность по отношению к окружающим, что зачастую приводит к конфликтам.

9. Психастения (Pt) – испытуемые с данным типом личности отличаются тревожностью и мнительностью, низкой самооценкой и постоянными сомнениями в собственных решениях и действиях.

10. Шизоидность (Se) – испытуемые с высокими показателями по шкале шизоидности (или индивидуалистичности) отличаются оригинальностью мышления, высокой чувствительностью, способностью к абстрактному мышлению. При этом наблюдается недостаток понимания аспектов социального взаимодействия, трудности в коммуникации, эмоциональная холодность, дистанцирование от контактов с другими.

11. Гипомания (Ma) – личность с повышением по шкале гипомании отличается позитивным отношением к происходящему вокруг, повышенным эмоциональным фоном, жизнерадостностью. Им легко удается устанавливать контакты с другими, они деятельны, но их интересы часто неустойчивы и поверхностны.

2.3.3. Многомерная шкала перфекционизма Хьюитта – Флетта (MPS)

Многомерная шкала перфекционизма, сокр. МШП (англ. Multidimensional perfectionism scale, сокр. MPS) - личностная диагностическая шкала канадскими учеными П.Л. Хьюиттом (P.L. Hewitt) и Г.Л. Флеттом (G.L. Flett) для измерения уровня перфекционизма и определения характера соотношения его составляющих у испытуемого.

В данной методике перфекционизм понимается, как желание быть идеальным во всем, сопровождающееся низкой толерантностью к ошибкам.

На основе ответов испытуемого выделяется 3 шкалы: перфекционизм, ориентированный на себя, на другого и социально предписанный перфекционизм.

При повышенных показателях первой шкалы испытуемый предъявляет чрезмерно высокие требования к себе. При высоких значениях второй шкалы испытуемый имеет высокие ожидания относительно других людей. При выраженном социально предписанном перфекционизме испытуемый воспринимает требования социума к себе как невыполнимые и завышенные. В зависимости от соотношения баллов по разным шкалам будет складываться индивидуальный профиль испытуемого.

2.3.4. Опросник «Шкала тревоги Спилбергера-Ханина»

Шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory - STAI) предназначена для выявления уровня реактивной и личностной тревожности путём самооценки испытуемого. Разработан Ч.Д. Спилбергером и адаптирован Ю.Л. Ханиным.

Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность, личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения. Ситуативная или реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени.

2.3.5. Шкала депрессии Бека

Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory, BDI) предназначена для оценки наличия и выраженности депрессивных симптомов. Была разработана американским психотерапевтом Аароном Беком на основе клинических наблюдений, в ходе которых были выявлены самые часто встречающиеся и значимые депрессивные симптомы и жалобы.

Методика состоит из 21 вопроса, которые выявляют выраженность когнитивно-аффективных и соматических проявлений депрессии. По результатам методики испытуемый получает общий балл, который интерпретируется, как степень тяжести депрессивного состояния: отсутствие депрессивных симптомов, субдепрессия, выраженная и тяжелая депрессия.

2.3.6. Опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса (WSQ)

Опросник предназначен для выявления ведущих защитных механизмов (копинг-стратегий). При подсчёте баллы распределяются по 8 шкалам, выявляя ведущие способы совладания со стрессом:

1. Конфронтация – стратегия при которой человек предпринимает попытки разрешить ситуацию за счёт отреагирования негативных эмоций с открытым проявлением агрессии;
2. Дистанцирование – стратегия при которой человек выбирает не вовлекаться эмоционально в ситуацию, а наоборот преуменьшает её субъективную значимость. В этой ситуации человек часто применяет стратегию интеллектуализации, обесценивания, зашучивания и т.д.;
3. Самоконтроль – при доминировании данного копинг-механизма человек предпринимает попытки подавить переживаемые эмоции, взять контроль над ситуацией, максимально минимизировать влияние эмоциональных реакций на ситуацию;

4. Поиск социальной поддержки – при доминировании данной стратегии человек в большей степени обращается за эмоциональной, информационной, материальной поддержкой к социальному окружению

5. Принятие ответственности – при повышенных значениях данной шкалы человек готов принять ответственность за свой вклад в возникновении и решении проблемы, осознавая взаимосвязь своих действий и их последствий. При чрезмерно высоких показателях этой шкалы может наблюдаться высокая самокритика и самообвиняющие мысли.

6. Бегство-избегание – человек с ведущим защитным механизмом избегания стремится к уходу от стрессовых ситуаций с помощью игнорирования, фантазий, отвлечения.

7. Планирование решения проблемы – человек стремится проанализировать все предпосылки и последствия сложившейся ситуации с целью разработки плана дальнейших действий. Человек старается учитывать объективные условия среды, собственные личностные ресурсы и свой прошлый опыт.;

8. Положительная переоценка – предполагает оценку произошедших событий, как части жизненного опыта, возможности личностного роста в будущем.

2.3.7. Методика «Тип отношения к болезни»

ТОБОЛ (тип отношения к болезни) - клиническая тестовая методика, направленная на диагностику типа отношения к болезни.

При создании ТОБОЛ была использована клинико-психологическая типология отношения к болезни, предложенная А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым в 1980 году. 12 типов реагирования, диагностируемые тестом: чувствительный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, невропатический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогнозический,

дисфорический, эргопатический и гармоничный, авторами были поделены на 3 блока: условно-адаптивный, интрапсихически-дезадаптивный и интерпсихически-дезадаптивный.

Для составления текста теста были выбраны 12 наиболее важных, по мнению автора, жизненных сфер, отражающих систему отношений личности: отношение к болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству, будущему, а также самооценка самочувствия, настроения, сна и аппетита.

3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ

3.1. Сравнительный анализ результатов тестирования экспериментальной и контрольной групп

Был проведен сравнительный анализ значений результатов обследования группы девушек с НПП и группы девушек без расстройств приёма пищи по различным диагностическим методикам.

Результаты сравнительного анализа с помощью Т-критерия Стьюдента по методике «Шкала оценки пищевого поведения» представлены в Таблице 3 и рис. 1.

Таблица 3

Сравнительный анализ групп по параметрам пищевого поведения (здесь и далее статистически значимые различия выделены звездочкой)

Показатель	Группа с НПП		Группа без НПП		Уровень статистической значимости, Р
	Ср. знач.	Стд. отклон.	Ср. знач.	Стд. отклон.	
Стремление к худобе	9,37	4,1	2,79	3,2	0,00361*
Булимия	9,94	4,9	1,36	1,118	0,00476*
Неудовлетворенность телом	11,36	6,9	4,64	3,69	0,00252*
Неэффективность	9,26	4,87	2,36	2,7	0,00424*
Перфекционизм	8,88	4,01	4,86	3,5	0,00292*
Недоверие	8,71	5,11	4,36	2,33	0,00216*
Некомпетентность	9,72	5,55	3,07	3,14	0,00345*

Из данных таблицы мы видим, что средние показатели в группе девушек с НПП находятся в пределах высоких значений (больше 7 баллов), в то же время в группе без НПП средние значения методик не выходят за пределы средних значений. Различия по показателям всех шкал статистически значимы, что наглядно указывает на наличие поведения, чувств и физиологических симптомов присущих расстройствам приема пищи у первой

группы. Наибольшую статистическую значимость имеют различия по шкалам «Недоверие», «Неудовлетворенность телом» и «Перфекционизм», что указывает на разницу в оценке собственного тела, в поведении в межличностных отношениях в экспериментальной и контрольной выборках, а также о стремлении к избеганию ошибок девушками с расстройствами приёма пищи.

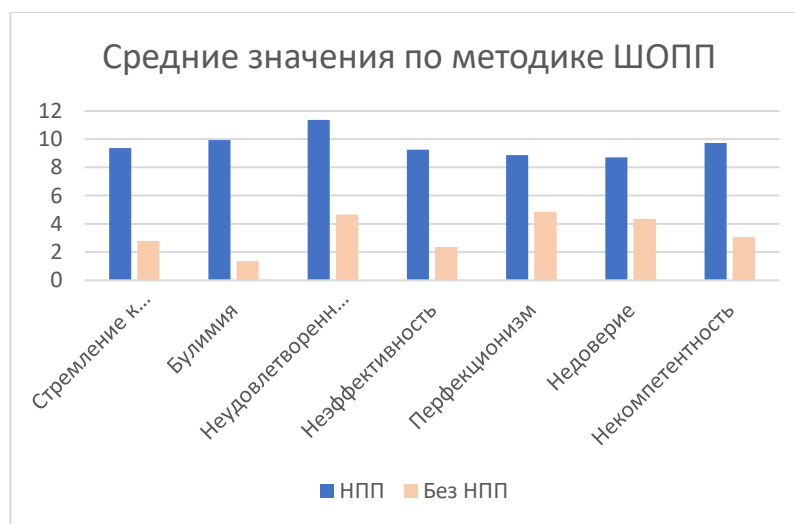


Рис. 1. Средние значения по шкалам методики ШОПП в группах девушек с НПП и без НПП

Результаты сравнительного анализа с помощью Т-критерия Стьюдента по методике «Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности» представлены в таблице 4 и рис. 2.

Таблица 4

Сравнительный анализ личностных особенностей (по методике «СМОЛ»)

Показатель	Группа с НПП		Группа без НПП		Уровень статистической значимости, P
	Ср. знач.	Стд. отклон.	Ср. знач.	Стд. отклон.	
Hs	40,54	13,07	41,20	9,75	0,64933
D	57,46	15,72	43,33	12,96	0,00012*

Hu	47,89	13,06	41,60	8,25	0,00001*
Pd	47,99	12,85	46,33	13,86	0,06574
Pa	45,70	11,80	43,40	9,34	0,08799
Pt	45,49	10,63	46,53	11,31	0,44896
Sc	43,45	14,01	47,73	12,61	0,01112
Ma	50,85	10,14	56,60	12,94	0,00009*
L	41,86	9,15	42,80	6,12	0,34174
F	47,25	14,52	48,27	8,13	0,49794
K	38,73	10,53	46,27	7,15	0,00243

В результате анализа было обнаружено, что в группе девушек с НПП статистически значимо отличаются шкалы депрессии и эмоциональной лабильности. Повышение профиля по шкале эмоциональной лабильности (Hu) выявляет неустойчивость, лабильность эмоций и конфликтное сочетание разнонаправленных тенденций: высокие требования к окружающим и миру сочетается с желанием быть причастным к значимой социальной группе, проявления агрессии сочетаются с желанием нравиться другим и выглядеть в их глазах лучше. Также для лиц с повышением по шкале эмоциональной лабильности характерно вытеснение и отрицание негативных переживаний. Повышение по шкале D (депрессии) указывает на преобладание пассивной личностной позиции. Ведущая мотивационная направленность — избегание неуспеха. Отличительной чертой лиц с таким профилем выступает избегание переживаний негативных эмоций. Можно предположить, что в выборке пациенток с НПП подобное избегание принимает форму переедания или ограничения себя в еде.

В группе девушек без НПП обнаружено статистически выраженное повышение по шкале Ma (оптимимистичности). Ведущий пик по шкале оптимистичности в профиле отражает: активность позиции, высокий уровень жизнелюбия, уверенность обследуемого в себе, позитивную самооценку, выраженную склонность к шуткам и общению, высокую мотивацию достижения, однако ориентированную в большей степени на моторную подвижность и речевую сверхактивность, нежели на конкретные цели.

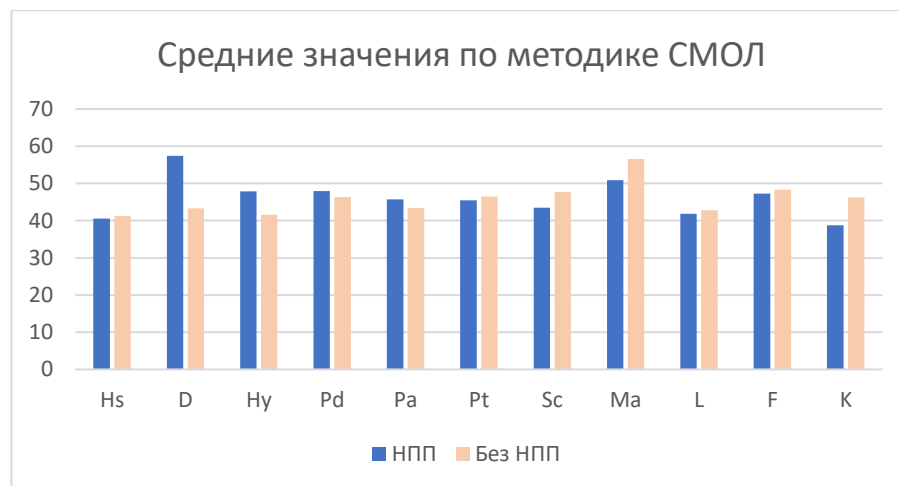


Рис. 2. Средние значения по шкалам методики СМОЛ в группах девушек с НПП и без НПП

Результаты сравнительного анализа с помощью Т-критерия Стьюдента по методике «Многомерная шкала перфекционизма» представлены в таблице 5 и рис. 3.

Таблица 5

Сравнительный анализ показателей перфекционизма

Показатель	Группа с НПП		Группа без НПП		Уровень статистической значимости, Р
	Ср. знач.	Стд. отклон.	Ср. знач.	Стд. отклон.	
Интегральная шкала	176,68	50,71	151,93	47,47	0,000017*
На себя	72,73	27,49	58,67	19,59	0,000123*
На других	52,35	15,04	46,87	16,96	0,065991
Социально-предписанный	54,10	18,24	46,40	14,21	0,000144*

В результате сравнительного анализа были обнаружены статистически значимые различия по шкалам: «Интегральная шкала перфекционизма», «перфекционизм направленный на себя», «Социально-предписанный перфекционизм». Средние значения по интегральной шкале перфекционизма в группе с НПП находятся в пределах средних значений, в группе без НПП в

пределах низких значений. Среднее по другим шкалам в обеих группах находится в рамках нормы.

Повышенные показатели по шкалам перфекционизма в группе с НПП говорят о завышенных и нереалистичных требованиях, предъявляемых к себе, и усиленное исследование себя, самокопание и самокритика, которые делают невозможным принятие собственных изъянов, недостатков и неудач. При этом требования к себе значительно выше требований к окружающим. Также для девушек с НПП характерно генерализованные убеждения или ощущения, что другие предъявляют к ним нереалистичные требования, которым трудно, но необходимо соответствовать, чтобы заслужить одобрение и принятие.

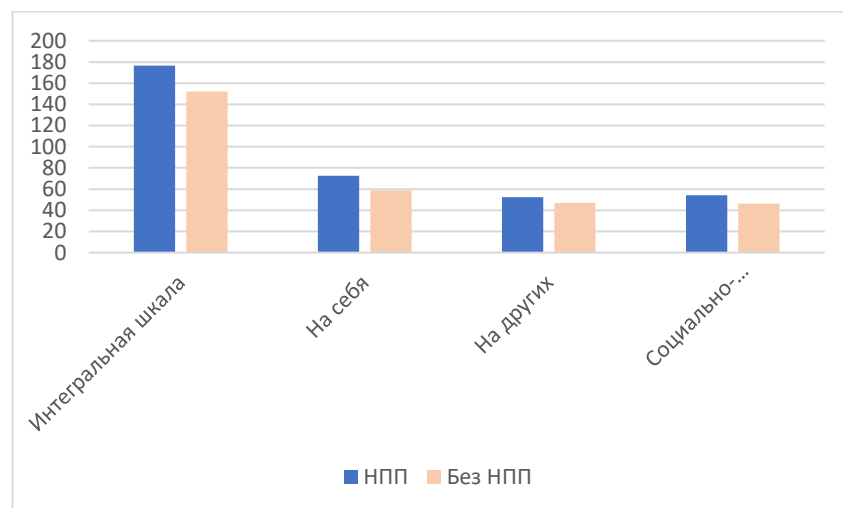


Рис. 3. Средние значения по шкалам методики «Многомерная шкала перфекционизма» в группах девушек с НПП и без НПП

Результаты сравнительного анализа с помощью Т-критерия Стьюдента по методикам «Шкала тревоги Спилбергера-Ханина» и «Шкала депрессии Бека» представлены в таблице 6 и рис. 4.

Сравнительный анализ показателей тревоги, суицидального риска и депрессии

Показатель	Группа с НПП		Группа без НПП		Уровень статистической значимости, Р
	Ср. знач.	Стд. отклон.	Ср. знач.	Стд. отклон.	
Личностная тревога	53,93	13,34	40,00	9,02	0,00324*
Ситуационная тревога	52,01	13,30	40,80	9,89	0,00212*
Депрессия	12,90	9,42	7,73	5,37	0,00316*
Суицидальный риск	0,48	0,21	0,34	0,12	0,00245*

Статистические различия были обнаружены по всем шкалам методик. Средние значения личностной и ситуационной тревоги в группе с НПП находятся в рамках высоких значений. Различия по шкале ситуационной тревоги более выражены, чем по шкале личностной тревоги. Для девушек с НПП характерна склонность воспринимать любое проявление качеств их личности, любую заинтересованность в них как возможную угрозу их безопасности, самооценке. Склонны к пессимистическому восприятию окружающего мира. Усложненные ситуации они склонны воспринимать как угрожающие, катастрофические.

Средние значения по шкале депрессии в группе с НПП находятся в пределах средних значений, что может указывать на лёгкую депрессию. При этом суицидальный риск в группе оценивается, как средний. Уровень депрессии и суицидального риска также статистически значимо различаются от значений полученных в группе девушек без НПП, что говорит нам о повышенном риске совершения суицида на фоне неблагоприятного эмоционального состояния.

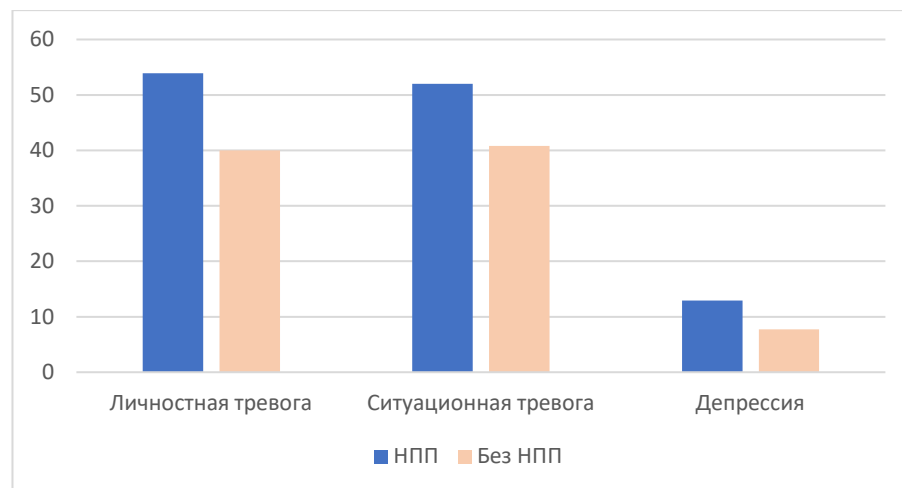


Рис. 4. Средние значения по методикам «Шкала тревоги Спилбергера-Ханина» и «Шкала депрессии Бека» в группах девушек с НПП и без НПП

Результаты сравнительного анализа с помощью Т-критерия Стьюдента по методике «Способы совладающего поведения» приведены в таблице 7 и рис. 5.

Таблица 7

Сравнительный анализ показателей способов совладающего поведения

Показатель	Группа с НПП		Группа без НПП		Уровень статистической значимости, р
	Ср. знач.	Стд. отклон.	Ср. знач.	Стд. отклон.	
Конфронтация	56,95	12,00	56,13	9,28	0,547820
Дистанцирование	58,56	13,79	56,60	9,02	0,186219
Самоконтроль	46,43	12,20	46,33	8,25	0,942685
Поиск соц.поддержки	52,97	12,22	49,60	10,74	0,020567
Принятие ответственности	49,01	12,88	51,13	9,77	0,143491
Бегство-избегание	62,97	13,34	57,00	7,08	0,000017*
Планирование	50,71	11,17	52,47	9,08	0,171133

Положит. оценка	пере-	52,26	10,38	55,27	5,97	0,005609*
--------------------	-------	-------	-------	-------	------	-----------

По результатам анализа было выявлено статистически значимое различие по шкале «бегство-избегание». Данная копинг-стратегия выражена в группе девушек с НПП, что может указывать на попытки преодоления личностью негативных переживаний в связи с трудностями за счет реагирования по типу уклонения: отрицания проблемы, фантазирования, неоправданных ожиданий, отвлечения и т. п. При отчетливом предпочтении стратегии избегания могут наблюдаться неконструктивные формы поведения в стрессовых ситуациях: отрицание либо полное игнорирование проблемы, в том числе и переключение с целью снижения эмоционального напряжения.

Также были обнаружены различия по шкале «Положительная переоценка». Группе девушек без расстройств пищевого поведения более присущ способ переоценки произошедших стрессовых ситуаций с положительной стороны, восприятие негативного опыта, как необходимого этапа жизненного пути и источника личностного роста.

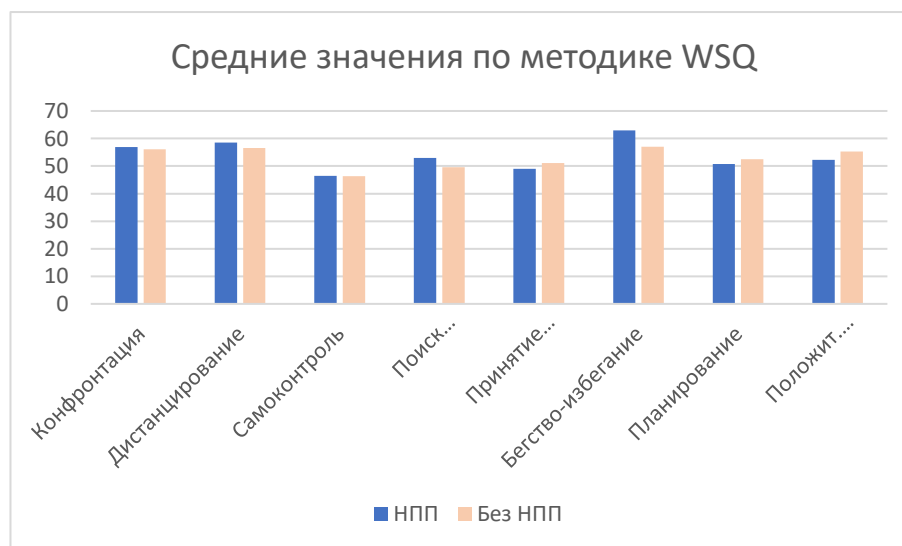


Рис. 5. Средние значения по методике WSQ в группах девушек с НПП и без НПП

Результаты сравнительного анализа с помощью Т-критерия Стьюдента по методике «Типы отношения к болезни» представлены в таблице 8 и рис. 6.

Таблица 8

Сравнительный анализ показателей типа отношения к болезни

Показатель	Группа с НПП		Группа без НПП		Уровень статистической значимости, р
	Ср. знач.	Стд. отклон.	Ср. знач.	Стд. отклон.	
Гармоничный	7,88	3,57	11,06	8,92	0,001008*
Эргопатический	11,67	12,07	11,16	11,59	0,781564
Анозогнозический	3,73	18,57	7,14	17,02	0,001324*
Тревожный	7,50	4,43	6,94	4,05	0,683295
Ипсихондрический	7,23	6,21	6,71	6,03	0,284716
Неврапатический	9,36	5,93	8,57	5,69	0,071432
Меланхолический	11,21	3,86	7,03	3,06	0,000513*
Апатический	12,18	4,00	10,65	4,02	0,001123*
Сенситивный	18,00	7,14	10,06	5,72	0,000017*
Эгоцентрический	5,62	4,07	5,08	3,38	0,541237
Паранойальный	6,61	6,21	3,25	5,15	0,462384
Дисфорический	7,51	9,00	6,29	5,25	0,047448

По данным методики «ТОБОЛ» мы видим, что в группе пациенток с НПП наибольшей статистической значимостью обладают различия в следующих типах отношения к болезни: меланхолический, апатический и сенситивный. Эти данные свидетельствуют о том, что для девочек с нарушениями пищевого поведения свойственна свехдрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения, а также чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения

о болезни. С данной характеристикой также вероятно связано преждевременное прерывание терапии, поскольку подростки с НПП очень чувствительны к осуждающим высказываниям врача, непониманию со стороны медперсонала и психолога.

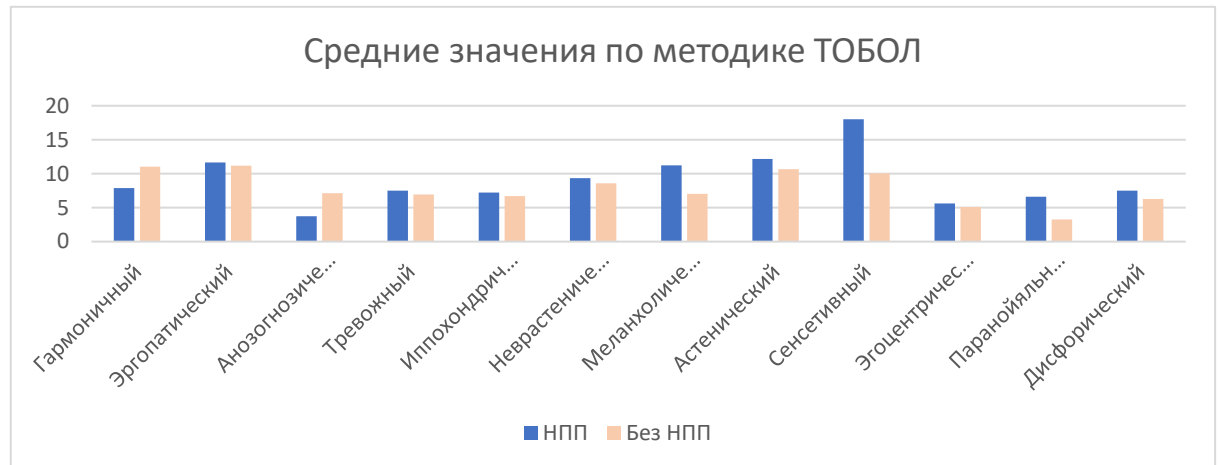


Рис. 6. Средние значения по методике ТОБОЛ в группах девушек с НПП и без НПП

Также было обнаружено значимое различие по анозогнозическому и гармоничному типам с преобладанием данного типа в группе девушек без расстройств приема пищи. Это говорит о реалистичной оценке своего состояния во время болезни, либо об игнорировании симптомов болезни, нежелании думать о последствиях и исходах.

3.2. Корреляционный анализ полученных данных

Также был произведен корреляционный анализ полученных результатов в группе больных с помощью критерия Пирсона. Полная таблица с результатами корреляционного анализа находится в Приложении 1.

Результаты корреляционного анализа представлены на рисунке 7 в виде корреляционного графа, отражающего наиболее статистически значимые взаимосвязи между методиками в группе девушек с НПП ($p=0,01$).

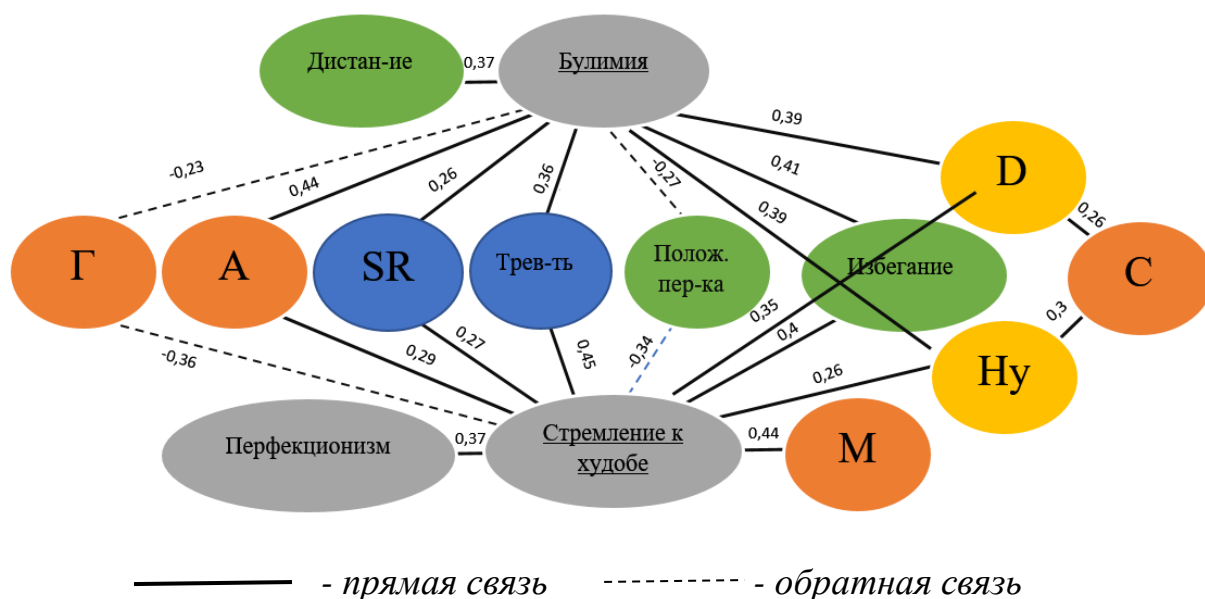


Рис. 7. Корреляционная плеяда взаимосвязей между результатами методик в экспериментальной выборке. Г – гармоничный тип отношения к болезни(ТОБ), А – апатический ТОБ, М – меланхолический ТОБ, С – сенситивный ТОБ, SR – суицидальный риск.

В результате корреляционного анализа можно сделать следующие выводы:

1. Стремление к худобе и булимия взаимосвязаны с стратегией бегства-избегания, шкалой депрессии и эмоциональной лабильности, личностной тревожностью, повышенным суицидальным риском и апатическим типом отношения к болезни. Также дезадаптивные установки в отношении пищевого поведения обратно коррелируют с гармоничным типом отношения к болезни и копинг-стратегией по типу положительной переоценки ситуации;
2. Стремление к худобе взаимосвязано с высоким уровнем перфекционизма и меланхолическим типом отношения к болезни;
3. Шкала булимии положительно коррелирует с копинг-стратегией по типу дистанцирования от проблемной ситуации;

- б. Меланхолический и сенситивный типы отношения к болезни взаимосвязаны со шкалой ипохондрии;
2. Меланхолический и апатический типы отношения к болезни положительно коррелируют с копинг-стратегией в виде конфронтации;
3. Апатический тип реагирования на болезнь положительно коррелирует с ситуативной тревожностью и отрицательно коррелирует с копинг-стратегией «бегство-избегание»;
4. Сенситивный тип отношения к болезни взаимосвязан также с ситуативной тревожностью и высокими показателями по шкале перфекционизма;
5. Меланхолический тип отношения к болезни положительно коррелирует с личностной тревожностью и высоким суицидальным риском.

Для девушек с НПП характерно отношение к болезни с дезадаптивной интерпсихической направленностью. В зависимости от преобладающего типа им будет свойственен набор определенных эмоциональных реакций и копинг-стратегий. Апатичное отношение к болезни будет сопровождаться бездействием, соматизацией тревоги, трудностями в межличностных контактах, компульсивным перееданием с дальнейшим «самоощущением», а также повышенной уязвимостью в стрессовых ситуациях. При сенситивном типе будет сопровождаться восприятием даже незначительных стрессовых ситуаций, как угрожающих, желанием показать себя с лучшей стороны. Меланхолический тип будет сопровождаться чрезмерным преувеличением симптомов, личностной тревожностью, суицидальными мыслями, социальной дезадаптацией, повышенной конфликтностью. При этом при любом типе отношения к болезни может наблюдаться депрессивный эмоциональный фон.

Также был проведен корреляционный анализ между показателями методик в группе девушек без НПП с помощью критерия Пирсона ($p=0,01$).

В результате проведенного анализа были сделаны следующие выводы:

1. Суицидальный риск положительно коррелирует практически со всеми шкалами методики ШОПП (неэффективность, неудовлетворенность телом, булимия, стремление к худобе, некомпетентность, недоверие в МЛО);
2. С суицидальным риском также взаимосвязаны следующие шкалы СМОЛ: депрессии, эмоциональной лабильности, индивидуалистичности, психопатии;
3. Копинг-стратегии по типу избегания и конфронтации также положительно взаимосвязаны с уровнем суицидального риска;
4. Перфекционизм и уровень личностной тревожности положительно коррелируют с суицидальным риском;
5. Также суицидальный риск положительно коррелирует с меланхолическим типом отношения к болезни и отрицательно с эргопатическим и анозогностическим типами.

Следовательно, высокий суицидальный риск в группе девушек с НПП обусловлен множеством факторов, среди которых как личностные особенности девушек, так и специфичные последствия нарушенного стиля питания. Чем сильнее выражены симптомы нарушений пищевого поведения, тем выше риск появления суицидальных мыслей и намерений. Также высокому суицидальному риску больше подвержены девушки с выраженной депрессивной, тревожной симптоматикой, с признаками эмоциональной лабильности, импульсивности, имеющие завышенные ожидания и дезадаптивные способы совладания со стрессом. Отсутствие ответственного отношения к своему здоровью и установки на выздоровление в совокупности с эмоциональными нарушениями также может привести к появлению суицидальных мыслей у пациентов.

Также был проведен корреляционный анализ между длительностью заболевания девушек и результатами психологических методик с помощью критерия Пирсона ($p=0,01$) (рис.11).



Рис. 11. Корреляционная плеяда взаимосвязей между длительностью заболевания и результатами методик

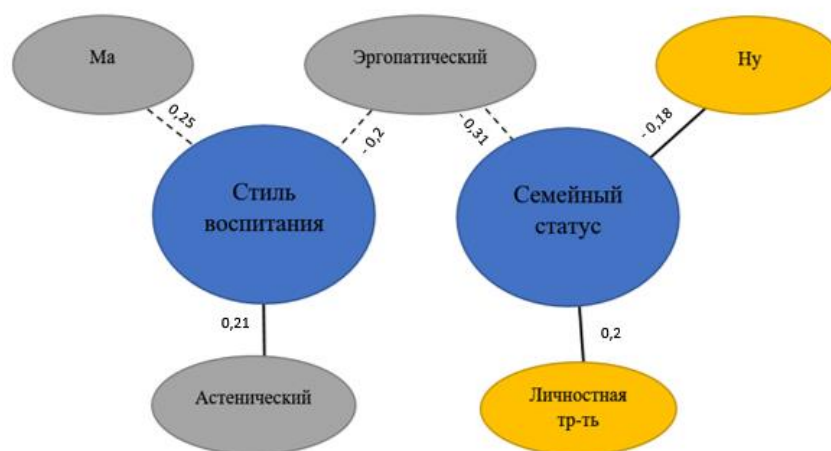
В результате проведенного анализа были сделаны следующие выводы:

1. Длительность заболевания положительно коррелирует с уровнем депрессии и ситуативной тревожности;
2. Длительность заболевания отрицательно коррелирует с такими копинг-стратегиями, как самоконтроль и положительная переоценка.

Следовательно, чем дольше девушка длится расстройство приёма пищи, тем больше вероятность возникновения симптомов тревоги и депрессии, а также начинают преобладать дезадаптивные копинг-стратегии.

Также был проведен корреляционный анализ между характеристиками социального статуса в группе девушек с НПП ($p=0,05$) (семейный статус и стиль воспитания в семье) (рис.12). Для проведения анализа данные о социальном статусе данные были закодированы следующим образом:

1. Семейный статус: 0 – полная семья, 1 – неполная семья;
2. Стиль воспитания: 0 – демократический, 1 – аномальный.



· ————— - обратная связь · ————— - прямая связь

Рис. 12. Корреляционная плеяда взаимосвязей между социальным статусом и результатами психологических методик

В результате проведенного анализа были получены следующие выводы:

1. Стиль воспитания и семейный статус отрицательно коррелируют с эргопатическим типом болезни. Этот тип болезни чаще встречается у девочек из неполных семей с аномальным стилем воспитания;
2. Стиль воспитания положительно коррелирует с астеническим типом реагирования на болезнь и отрицательно со шкалой оптимизма по методике СМОЛ;
3. Семейный статус положительно коррелирует со шкалой эмоциональной лабильности и личностной тревожностью.

Неполный состав семьи и аномальный тип воспитания приводят к развитию дезадаптивного типа отношения к болезни, а также повышенной личностной тревожности.

3.3. Множественный регрессионный анализ

Для выявления набора факторов, влияющих на возникновения НПП был произведен регрессионный анализ. Результаты анализа представлены в таблице 9 и на рисунке 13.

Таблица 9

Множественный регрессионный анализ

	Коэф-т Beta	Ст. отклонение	p-level
Неэффективность	0,21	0,06	0,00
Перфекционизм	0,16	0,05	0,00
Некомпетентность	0,15	0,06	0,01
Ма	-0,37	0,04	0,00
Конфронтация	0,12	0,04	0,00
Анозогностический ТОБ	-0,15	0,05	0,00
Тревожный ТОБ	0,13	0,05	0,01
Сенситивный ТОБ	0,24	0,05	0,00

Коэффициент линейной детерминации (R^2) равен 0,68, а F-критерий равен 47,9, что указывает на адекватность построенной модели и совместную значимость выделенных предикторов НПП.

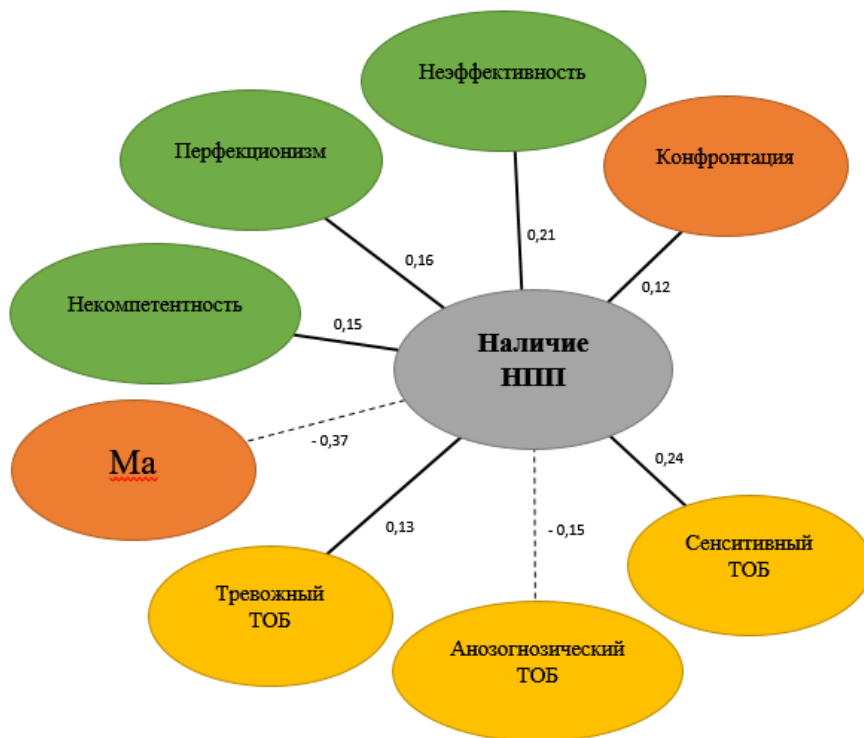


Рис. 13 Регрессионная модель психологических предпосылок НПП

Наиболее существенной причиной НПП является сенситивный тип отношения к болезни, антагонистом для которого выступают признаки, описываемые шкалой гипоманиакальности. Кроме того, были выделены следующие психологические предпосылки НПП:

1. Завышенные требования к себе, избегание ситуаций неудач;
2. Сниженная телесная осознанность, дефицит уверенности в отношении распознавания чувства голода и насыщения;
3. Ощущение общей неадекватности (имеется в виду чувство одиночества, отсутствие ощущения безопасности) и неспособности контролировать собственную жизнь
4. Состояние апатии, усталости, депрессивная симптоматика;
5. Дезадаптивный тип отношения к болезни и связанные с ним черты характера: чрезмерная ранимость, уязвимость в межличностных контактах, непрерывное беспокойство и мнительность.

4. ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Цель данной работы – выявление специфических социально-психологических предикторов нарушений пищевого поведения, что в дальнейшем может оказаться полезным для разработки алгоритмов работы как врачей, так и специалистов психологического профиля.

Первое на что стоит обратить внимание — это высокие показатели шкалы депрессии в методике СМОЛ в группе пациенток с НПП и наоборот высокие показатели по шкале оптимизма в группе пациенток без нарушений пищевого поведения. Кроме того, пациентки с НПП придерживаются стратегии избегания неуспеха, поэтому процесс лечения и реабилитации может быть для них достаточно фрустрирующим без достаточной поддержки со стороны медицинского персонала. Особенно следует избегать врачам и психологам обвиняющей позиции по отношению к поведению пациенток. С этим могут быть связано и преждевременное прерывание лечения, когда пациентки не чувствуют быстрого улучшения состояния или испытывают давление и принуждение со стороны врача, психолога или семьи.

Высокий перфекционизм обуславливает страх совершить ошибку и высокие требования к себе, в том числе и к своей внешности. У таких пациенток есть достаточно сильная самокритика и непринятие своих недостатков и неудач. Поэтому уже на начальных этапах важно участие психолога в лечении расстройств пищевого поведения для проработки иррациональных убеждений относительно своего веса и внешности. Нередко перфекционизм затрагивает не только внешность подростка, но и остальные сферы жизни, но именно внешность становится той частью жизни, которую подросток в силах полностью контролировать, поэтому потеря контроля переживается для них достаточно тяжело.

Для подростков с НПП характерны проявления тревоги и депрессии в сочетании с повышенным суицидальным риском, что также указывает на

необходимость получения консультации врача-психиатра с целью уточнения наличия или отсутствия психических расстройств, а также назначения необходимых препаратов. При дальнейшей работе психолог также должен учитывать наличие или отсутствие психиатрического диагноза, а также факт приема препарата и его дозировку.

Отдельно стоит отметить уровень суицидального риска в данной нозологической группе, который значительно превышает уровень риска в контрольной группе. Можно сделать предположение, что эмоциональные и поведенческие нарушения, возникающие в результате нарушений пищевого поведения, увеличивают риск появления суицидальных мыслей и аутоагрессивных действий. В связи с этим своевременное лечение НПП становится витально значимым.

Ведущий копинг-стратегией для подростков с НПП является бегство-избегание, что также согласуется с их тенденцией к избеганию неудач и высоким перфекционизмом. Зачастую именно переедание и голодание используется в качестве неконструктивного способа избегания переживания сильного эмоционального напряжения. Психологу на занятиях целесообразно обучать подростков другим, более конструктивным способам совладания со стрессом, тренировать асертивность и умения выдерживать фрустрирующие эмоции. В ходе корреляционного анализа также была выявлена сильная взаимосвязь между личностными особенностями и стратегией конфронтации, что может в ходе терапевтического процесса проявляться в саботаже лечения, незаинтересованной позиции в процессе лечения или открытых конфликтах с врачом или психологом. Медицинскому персоналу важно помнить об этой особенности и не поддерживать конфронтацию со своей стороны, поскольку, авторитарная позиция зачастую отталкивает подростков с НПП и не мотивирует их продолжать лечение.

Отношение к болезни у девочек с НПП характеризуется интерпсихической дезадаптацией. Они особенно чувствительны, уязвимы и ранимы. Для них характерно неверие в выздоровление, при чем многие из них недостаточно замотивированы на сам процесс лечения, поскольку, особенно в начале лечения, удоба для них представляет большую ценность нежели, чем их будущее здоровье. Возможные последствия, в том числе и летальные, игнорируются. Поэтому в работе психологу важно, как проводить просветительскую работу о влиянии расстройств пищевого поведения на организм, так и работать с ценностями подростка и его образом будущего.

Интересным нам представляется корреляционная взаимосвязь между длительностью заболевания и психологическими характеристиками подростков с НПП. Чем больше длительность заболевания или чем позже подросток обращается за помощью, тем более выражены признаки депрессии и тревоги, следовательно, расстройство пищевого поведения с большей вероятностью будет сопутствовать другое психическое расстройство. И чем больше длительность заболевания, тем ниже самоконтроль и положительная переоценка в стрессовых ситуациях. Подростки реагируют на фрустрирующие стимулы более импульсивно, для них не характерны рациональный подход к обдумыванию проблемы и восприятие проблемы, как возможности личностного роста. Всё это обуславливает необходимость включения в реабилитационные программы обучение навыкам эмоциональной и поведенческой саморегуляции.

Также интересным представляется взаимосвязь социального статуса пациенток с НПП с их психологическими особенностями. Неполная семья положительно коррелирует с эмоциональной лабильностью и личностной тревожностью. Отсутствие одного из родителей может приводить к серьезным нарушениям психического развития ребенка, которые в подростковом возрасте могут стать одним из факторов развития расстройства пищевого поведения. Неполный состав семьи в совокупности с аномальным стилем

воспитания не способствуют формированию гармоничного типа отношения к болезни и оптимистичного отношения к жизни. Более того аномальный стиль воспитания взаимосвязан с формированием апатического отношения к болезни, нежеланием принимать активную позицию в процессе лечения. Поэтому в программы реабилитации целесообразно включать и работу с семейной системой, работу с родственниками для коррекции неконструктивных паттернов взаимодействия родителей и ребёнка, а также формирования благоприятного психологического климата, который будет мотивировать подростка на борьбу с болезнью.

Регрессионный анализ и составление модели психологических предпосылок НПП позволил выделить наиболее существенные признаки, влияющие на возникновение и течение заболевания. Однако адекватность модели составляет 68%, что говорит о существовании неучтенных факторов, влияющих на наличие НПП, следовательно, о необходимости продолжения работы по изучению психологических предпосылок.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Были изучены психологические и семейные предикторы нарушений пищевого поведения. Результаты исследования дают обоснованное представление о том, какие особенности личности, социального и семейного статуса у подростков с НПП являются факторами, влияющими на развитие и течение заболевания

Полученные взаимосвязи между изучаемыми психологическими и клиническими параметрами, а именно длительностью заболевания, наличием сопутствующих заболеваний, семейным статусом, стиля воспитания и типом отношения к заболеванию обосновывают необходимость комплексного (медико-психологического, социального) подхода к лечению нарушений пищевого поведения у подростков. Также при формировании плана лечения необходимо учитывать сопутствующие психиатрические, гинекологические и иные диагнозы.

Несмотря на то, что проблематика выстраивания психокоррекционных мероприятия для пациентов данной нозологической группы представляет интерес и социальную значимость, как один из факторов поддержания репродуктивного здоровья населения, исследований на эту тему в настоящий момент мало. Знания о личностных особенностях, особенностях семейного статуса и внутренней картины болезни могут быть использованы для формирования рекомендаций специалистам, работающим с подростками с нарушениями пищевого поведения. Для формирования эффективного терапевтического альянса с пациентами, первостепенным является создание доверительной, эмоционально-поддерживающей среды, исключаящей авторитарного стиля общения, усиливающего конфронтацию пациентов, что в свою очередь может привести к преждевременному прерыванию процесса лечения и реабилитации. В программы реабилитации (в рамках групповой и индивидуальной психотерапии) крайне важно включать не только обуче-

ние навыкам совладания со стрессом, эмоциональной и поведенческой саморегуляции пациентов, но и работу с семейной системой, для коррекции неконструктивных паттернов детско-родительского взаимодействия, а также формирования благоприятного психологического климата, который будет мотивировать подростка на борьбу с болезнью.

В дальнейшем планируется продолжение исследования и составление коррекционной программы с учётом знаний, полученных в ходе работы, о специфических характеристиках девушек с НПП.

В рамках нашего исследования, хотим выразить благодарность СПб ГБУЗ ГЦОРЗП «Ювента» за предоставление пациентов и помощь в выпускной квалификационной работе.

ВЫВОДЫ

1. В ходе исследования семейного портрета девушек-подростков с нарушениями пищевого поведения были выделены следующие особенности: больший процент неполных семей, чем в выборке подростков без нарушений, наличие аномального типа воспитания, низкая вовлеченность родственников в процесс реабилитации. Была выявлена взаимосвязь семейного статуса подростка, длительности заболевания и дезадаптивного отношения к своей болезни.

2. В ходе исследования клинических характеристик девушек-подростков с нарушениями пищевого поведения были выделены следующие особенности: наличие большого количества сопутствующих заболеваний, в особенности гинекологического профиля; преобладают пациенты с дефицитом массы тела и диагнозом «Нервная анорексия» (F50.0). Длительность заболевания варьируется от 4 месяцев до 5 лет.

3. Девушки-подростки с нарушениями пищевого поведения, придерживаются стратегии избегания неудач, для них характерны избегание и конфронтация в ситуациях стресса. Среди личностных особенностей выделяются повышенная тревожность, депрессивные тенденции, эмоциональная лабильность высокие показатели перфекционизма. При длительном течении заболевания депрессивные и тревожные черты личности актуализируются, всё более преобладают неконструктивные способы совладания со стрессом.

4. Для девушек-подростков с нарушениями пищевого поведения типичен дезадаптивный тип отношения к болезни интерпсихической направленности, для которого характерны такие особенности внутренней картины болезни, как сверхзабоченность своим состоянием, неверие в положительный исход лечения, а также высокая ранимость в отношениях с окружением, связанная со страхом произвести неблагоприятное впечатление своим состоянием. Характерными для данной нозологической группы

типами отношения к болезни являются меланхолический, апатический и сенситивный.

5. Суицидальный риск в группе девушек с НПП повышается при наличии следующих психологических предпосылок: дисгармоничного стиля пищевого поведения, дезадаптивного способа совладания со стрессом, депрессивных и тревожных черт, эмоциональной лабильности, импульсивности и перфекционизма, а также дезадаптивного отношения к своей болезни.

6. Факт наличия НПП у девушек-подростков зависит от наличия и сочетания следующих факторов: чувства одиночества и небезопасности, перфекционизма, интероцептивной некомпетентности, гипотимических черт личности, апатии, депрессивной симптоматики, дезадаптивного типа отношения к болезни.

Итак, в ходе исследования была подтверждена гипотеза о существовании специфических социально-психологических характеристик девушек-подростков с НПП, предопределяющих данную нозологическую группу.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Афанасьева П. С. Роль нейроэндокринных нарушений при расстройствах пищевого поведения // Forcipe. 2021. №. S1. С. 178-178;
2. Балакирева Е. Е. Расстройства приема пищи (РПП) у детей и подростков. М.: КДУ, 2018. С. 689-700;
3. Берковская М.А., Тарасенко А.А., Фадеев В.В., Гурова О.Ю. Алекситимия и ее связь с расстройствами пищевого поведения и ожирением // Пробл. эндокр. 2020. №2. С.32-40;
2. Васильева А.В., Караваева Т.А., Отрощенко О.Н., Фомичева М.В. Рестриктивное пищевое поведение и проблемы репродукции у женщин. Эндокринологические аспекты // Женское психическое здоровье: междисциплинарный статус. Спб.: ООО «Альта Астра». 2018. С. 45-46;
3. Вахмистров А.В., Вознесенская Т.Г., Посохов С.И. Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении // Журн.невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2001. № 12. С.19–24;
4. Герус Л.В. Особенности психогенных расстройств у больных алиментарноконституциональным ожирением, прошедших хирургическое лечение: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. 1995. 105 с;
5. Грачев В.В., Шевченко Ю.С. Особенности нейрокогнитивного дефицита у больных нервной анорексией (критический обзор) // Неврологический вестник. 2016. Т. XLVIII. №1. С. 69-76;
6. Григорьева Д. А., Польская Н. А. Идеализация тела в социальных сетях как фактор риска нарушений пищевого поведения у девушек //VII Всероссийская научно-практическая конференция по психологии развития (чтения памяти ЛФ Обуховой)" Возможности и риски цифровой среды". 2019. Т. 2. С. 346;

7. Данилов Д.С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014. № 2. С. 4–12;
8. Кононенко, В. С. Особенности семейных взаимоотношений у пациенток с расстройствами пищевого поведения // Молодой ученый. 2019. № 5 (243). С. 292-296.
9. Кононов, А.Н., Комиссарова А.С. Социальные факторы возникновения расстройств пищевого поведения: контент-анализ текстов в сети интернет // Вестник ТвГУ. Серия: Педагогика и психология (1). 2020. С. 144-153
10. Конышев В.А. Питание и регулирующие системы организма. М., 1985. 224 с.
11. Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В. Нервная анорексия. М: Медицина, 1986. 176 с;
12. Коростелева И.С., Роттенберг В.С. Психофизиологические особенности больных церебральным ожирением в контексте проблем алекситимии. // Социальная и клиническая психиатрии. 1994, № 1. С.29–36;
13. Крылов В.И. Нарушения пищевого поведения у больных пограничными психическими заболеваниями // Автореферат докторской диссертации по РПП. НИПНИ им. В.М. Бехтерева. СПб.: 1995. 47 с;
14. Лев Л.М., Андреева В.О., Заика В.Г., Ткаченко Н.В. Современный взгляд на проблему нервной анорексии у девочек-подростков: нонкомплаенс и взаимосвязь психопатологических и нейроэндокринных нарушений // Здоровье – основа человеческого потенциала проблемы и пути их решения, 2012. № 2. Т. 7. С. 684–689;
15. Личко Е.А. Подростковая психиатрия. М: Медицина, 1985. 416 с;

16. Лутова Н.Б., Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Комплаенс в психиатрии и способ его оценки // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина, 2008. № 1. С. 7–10;
17. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения. Справочник практического психолога. М.: 2007. С. 1040
18. Минабутдинов Ш.Р. Клинический и психофизиологический анализ при церебральном ожирении: Автореф. дис. ...канд мед. наук. М.: 1996;
19. Мясникова О.В. Роль детско-родительских отношений в формировании рисков возникновения нарушений пищевого поведения у девочек-подростков // Бюллетень медицинской науки. 2020. №21 (17). С.22-25;
20. Набойченко Е.С., Носкова М.В. Психологические особенности подростков с расстройствами пищевого поведения: современные реалии // Саратовский научно-медицинский журнал, 2022. №3. С.484-490
21. Николаева Н.О., Мешкова Т.А. Нарушения пищевого поведения: социальные, семейные и биологические предпосылки. // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2011. № 1 (11). С. 39–49;
22. Пичиков А. А. и др. Факторы риска нарушений пищевого поведения у девушек-подростков с дисрегуляцией менструального цикла //Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени ВМ Бехтерева, 2020. №. 4. С. 50-64;
23. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. — СПб: Речь, 2006. 372 с;
24. Пуятин, В. В. Особенности психотерапевтического альянса при работе с пациентами, страдающими нервной анорексией и нервной булимией – Санкт-Петербург: ООО «Альта Астра», 2018. С. 142-143.
25. Скиртач, И. А. Междисциплинарный подход к проблеме исследования расстройств пищевого поведения / И. А. Скиртач, А. Е. Пестова. –

Ростов-на-Дону: Донской государственный технический университет, 2021. С. 447-448.

26. Скрипченко П. А., Пичиков А. А., Попов Ю. В. Мотивация и терапевтический альянс у девочек-подростков с нервной анорексией и проблема преждевременного прерывания лечения //Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2013. Т. 77. С. 30.

27. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности (Основные положения, исследования и применения). СПб.: Питер Пресс, 1997. С. 419

28. Шульц К. В. и др. Психологические аспекты расстройств пищевого поведения: УДК 159.9 //Межкультурная коммуникация в образовании и медицине, 2021. №. 4. С. 132-141

29. Юрьева Т.В., Ришко Н.И., Тесленко П.О. Нейропсихологические особенности лиц, страдающих расстройствами пищевого поведения // Интерактивная наука, 2021. №8. С. 63;

30. Amrhein P.C., Miller W.R., Yahne C.E., Palmer M., Fulcher L. Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes // Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2003. Vol. 71. P. 862–878;

31. Babor T.F Marijuana Treatment Project Research Group. Brief treatments for cannabis dependence: Findings from a randomized multisite trial // Journal of Counseling and Clinical Psychology, 2004. Vol. 72. P. 455–466;

32. Caroline H. et al. Predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa: Data from a large French sample // Psychiatry Research. 2011. Vol. 2. P. 1–6;

33. Carter J.C., Bewell C., Blackmore E., Woodside D. Impact of Childhood Sexual Abuse in Anorexia Nervosa // Child Abuse Negl. 2006. Vol.30. P. 57–69;

34. Davis C., Claridge G., Fox J. Not just a pretty face: physical attractiveness and perfectionism in the risk for eating disorders // *International Journal of Eating Disorders*. 2000. Vol. 27, № 1. P. 67–73;
35. Dunn C.W., Atkins D.C., Phelps J.S. The emerging evidence base for motivational interviewing: A meta-analytic and qualitative Inquiry // *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2004. Vol. 18. P. 309–322;
36. Fairburn C., Brownell K. (eds). *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook* // Guilford press. New York, London, 2003;
37. Guarda A.S., Pinto A.M., Coughlin J.W., Hussain S., Haug N.A., Heinberg L.J. Perceived coercion and change in perceived need for admission in patients hospitalized for eating disorders // *American Journal of Psychiatry*. 2007. Vol. 164. P. 108–114;
38. Halmi K., Agras W.S., Crow S., Mitchell J., Wilson G., Bryson S. et al. Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa // *Archives of General Psychiatry*. 2005. Vol. 62. P. 776–781;
39. Hettema J, Steele J., Miller W.R. Motivational interviewing // *Annual Review of Clinical Psychology*. 2005. Vol. 1. P. 91–111;
40. Hewitt P., Flett G., Ediger E. Perfectionism and depression: longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis // *Journal of Abnormal Psychology*. 1996. Vol. 105, № 2. P. 276–280;
41. Hubert T., Pioggiosi Ph., Huas C., Wallier J., Maria A.-S., Apfel A., Curt F., Falissard B., Godart N. Drop-out from adolescent and young adult inpatient treatment for anorexia nervosa // *Psychiatry research*. 2013. Vol. 209. P. 632–637;
42. Jonson S., Flash A. Family characteristics of 105 patients with bulimia // *American Journal Psychiatry*. 1985. Vol 142(1). P. 1321–1324;
43. Le Grange, D., Swanson, S. A., Crow, S. J., & Merikangas, K. R. (2012). Eating disorder not otherwise specified presentation in the US population. *International Journal of Eating Disorders*. 2012. P. 711-718;

44. Steinhausen H.C. The outcome of anorexia nervosa in 20-th century // *Am. J. Psychiatry*. 2002. V. 159. P. 1284–1293;
45. Surgenor L.J., Maguire S., Beumont P.J. Drop-Out From Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa: Can Risk Factors Be Identified at Point of Admission? // *European Eating Disorders Review*. 2004. Vol. 12. P. 94–100;
46. Van Strein T., Frijters J.E.R., Bergers G.P.A., Defares P.B. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for Assessment of Restrained, Emotional, and External Eating Behavior. 1986. Vol. 5(2). P. 295–315;
47. Vandereycken V., Meerman R. *Anorexia nervosa: A Clinician's Guide to Treatment*. Berlin–New-York, 1984;
48. Vandereycken W., Pierloot R. Drop-Out During inPatient Treatment of Anorexia Nervosa: a Clinical Study of 133 Patients // *Br.J Med.Psychol*. 1983. Vol. 56. P. 45–56;
49. Zeeck A., Hartmann A., Buchholz C., Herzog T. Drop Outs From in-Patient Treatment of Anorexia Nervosa // *Acta Psychiatr.Scand*. 2005. Vol. 111. P. 29-37;

Приложение А

Корреляционная матрица взаимосвязей психологических характеристик пациенток с НПП

	Hs	D	Hу	Pd	Pa	Pt	Sc	Ma	Стремление к худобе	Булимия	Неуд-ть телом	Неэфф-ть	Перфе-м	Недоверие	Неком-ть
Г	-,1885	-,1909	-,2179	-,0889	,0627	,0965	,1287	,0505	-,3621	-,2333	-,4023	-,3339	-,1663	-,2818	-,2190
	p=,028	p=,026	p=,011	p=,304	p=,468	p=,264	p=,136	p=,559	p=,000	p=,006	p=,000	p=,000	p=,053	p=,001	p=,010
Р	-,3817	-,0781	-,2084	,1259	,1315	,1440	,0892	,2681	-,2868	-,0781	-,3294	-,1839	-,0025	-,4418	-,1368
	p=,000	p=,366	p=,015	p=,144	p=,127	p=,094	p=,302	p=,002	p=,001	p=,366	p=,000	p=,032	p=,977	p=,000	p=,112
З	-,0089	-,1089	-,1787	-,2719	-,2430	-,3665	-,0922	-,2244	-,1135	-,1318	-,2068	-,1686	-,1922	,0328	-,2277
	p=,918	p=,207	p=,037	p=,001	p=,004	p=,000	p=,286	p=,009	p=,188	p=,126	p=,016	p=,050	p=,025	p=,705	p=,008
Т	,0527	,2424	,1036	,3080	,3604	,3102	,0016	,2304	,0151	,0648	,0766	,0514	,0625	,0087	,3771
	p=,542	p=,004	p=,230	p=,000	p=,000	p=,000	p=,985	p=,007	p=,862	p=,453	p=,376	p=,552	p=,470	p=,920	p=,000
И	,0759	,3308	,0755	,4262	,3568	,4053	,3604	,2988	-,1351	-,1515	-,1228	,0762	-,0056	-,2727	,2124
	p=,380	p=,000	p=,383	p=,000	p=,000	p=,000	p=,000	p=,000	p=,117	p=,078	p=,154	p=,378	p=,948	p=,001	p=,013
Н	,2530	,1064	,0352	,4209	,3713	,4393	,2319	,3673	-,2826	-,3270	-,2117	-,2368	,2026	-,1701	,0970
	p=,003	p=,218	p=,684	p=,000	p=,000	p=,000	p=,007	p=,000	p=,001	p=,000	p=,013	p=,006	p=,018	p=,048	p=,261
М	,5217	,3986	,3126	,3899	,2618	,3037	,1684	,1752	,2585	,1798	,1914	,1292	,2702	,0964	,3613
	p=,000	p=,000	p=,000	p=,000	p=,002	p=,000	p=,050	p=,041	p=,002	p=,036	p=,026	p=,134	p=,001	p=,264	p=,000
А	,2071	,3226	,2636	,2353	,1258	,0239	-,0673	,0570	,2929	,2612	,3520	,0826	,1829	,1225	,2800
	p=,016	p=,000	p=,002	p=,006	p=,144	p=,782	p=,436	p=,510	p=,001	p=,002	p=,000	p=,339	p=,033	p=,155	p=,001
С	,2974	,2581	,1121	,3892	,3815	,4130	0,3722	0,3794	,0386	,0396	,0402	,0230	,3626	-,0052	,1105
	p=,000	p=,002	p=,194	p=,000	p=,000	p=,000	p=,000	p=,000	p=,656	p=,647	p=,642	p=,791	p=,000	p=,952	p=,200
Э	,3610	,4224	,2823	,3423	,3290	,5222	,5271	,2891	-,0362	-,0948	-,0851	,1130	,3394	,1065	,0776
	p=,000	p=,000	p=,001	p=,000	p=,000	p=,000	p=,000	p=,001	p=,676	p=,272	p=,324	p=,190	p=,000	p=,217	p=,369
П	,0568	,0334	,0094	,0181	,1281	,1305	,2023	,3314	-,0131	,0450	-,0792	,0495	,1278	-,1063	,0543
	p=,512	p=,699	p=,913	p=,834	p=,137	p=,130	p=,018	p=,000	p=,880	p=,603	p=,359	p=,567	p=,138	p=,218	p=,530
Д	,3689	,0292	-,1797	,3177	,1040	,1922	-,0852	,3031	,0704	-,1056	-,2293	-,2628	,2653	-,1471	,0267
	p=,000	p=,736	p=,036	p=,000	p=,228	p=,025	p=,324	p=,000	p=,416	p=,221	p=,007	p=,002	p=,002	p=,087	p=,758

Корреляционная матрица взаимосвязей психологических характеристик пациенток с НПП

	Лич. тр	Сит-ая тр.	Депрессия	L	SR	Кон-ия	Дист-е	Сам-ль	Поиск соц.подд-и	Принятие ответственности	Бегство-избегание	Планирование	Положит. переоценка
Г	-,1847	-,1228	,0291	-,0035	-,1020	,0904	-,1764	-,0527	,0141	,0517	-,2283	,2151	,0179
	p=,033	p=,159	p=,739	p=,968	p=,243	p=,301	p=,042	p=,547	p=,872	p=,554	p=,008	p=,013	p=,838
Р	-,3903	-,1242	-,0998	,1814	-,2552	-,2680	,0758	,1662	-,0853	,2648	-,1692	,0830	,2049
	p=,000	p=,154	p=,253	p=,037	p=,003	p=,002	p=,386	p=,056	p=,329	p=,002	p=,052	p=,342	p=,018
З	-,0747	-,1834	-,2064	-,0640	-,2655	-,1272	-,4156	-,1903	,1652	-,1482	-,2589	,1588	-,0787
	p=,393	p=,035	p=,017	p=,464	p=,002	p=,145	p=,000	p=,028	p=,057	p=,089	p=,003	p=,068	p=,368
Т	,1958	,2936	,0314	,0283	-,0981	-,0828	,1491	,0791	-,0261	,2219	,1074	-,0723	,0633
	p=,024	p=,001	p=,720	p=,747	p=,261	p=,343	p=,087	p=,365	p=,765	p=,010	p=,219	p=,408	p=,469
И	,0334	,2336	,1690	,1461	,1252	-,1158	,0701	,1469	-,2457	,1850	,1287	,0098	,1358
	p=,703	p=,007	p=,052	p=,093	p=,151	p=,184	p=,423	p=,092	p=,004	p=,033	p=,140	p=,911	p=,119
Н	,0146	-,0590	-,1342	-,0722	-,0867	,2975	,0823	,1933	,2711	,2142	,0853	,1357	,3623
	p=,867	p=,500	p=,124	p=,409	p=,321	p=,001	p=,346	p=,026	p=,002	p=,013	p=,329	p=,119	p=,000
М	,4369	,4032	,3606	,1350	,3802	,3274	,2067	,1273	-,1324	-,1161	,2924	-,0260	,1875
	p=,000	p=,000	p=,000	p=,121	p=,000	p=,000	p=,017	p=,144	p=,129	p=,183	p=,001	p=,767	p=,031
А	,1154	,3548	,1759	,0372	,2112	,3133	,2080	,0011	-,0303	-,2999	,1293	,0618	,1097
	p=,186	p=,000	p=,043	p=,671	p=,015	p=,000	p=,016	p=,990	p=,729	p=,000	p=,138	p=,480	p=,209
С	,0906	,3020	,2253	-,0076	,0934	-,0158	,1162	,1204	-,1975	,1211	,0761	,0770	,2079
	p=,300	p=,000	p=,009	p=,931	p=,285	p=,857	p=,183	p=,167	p=,023	p=,165	p=,384	p=,378	p=,016
Э	,1825	,2183	,3289	,0939	,2367	-,0724	,0342	,2204	-,0749	,1001	,2548	-,0432	,0512
	p=,035	p=,012	p=,000	p=,282	p=,006	p=,408	p=,696	p=,011	p=,391	p=,251	p=,003	p=,621	p=,558
П	-,0534	-,0259	,2571	-,1269	,0609	-,2138	,0364	,3690	-,1579	,1550	,1446	-,1024	,1637
	p=,541	p=,768	p=,003	p=,146	p=,486	p=,013	p=,678	p=,000	p=,070	p=,075	p=,097	p=,241	p=,060
Д	-,0185	,0054	-,2013	-,0003	,0441	,3164	-,0525	,2465	,3025	,2064	,0583	,1624	,2164
	p=,833	p=,950	p=,020	p=,998	p=,614	p=,000	p=,548	p=,004	p=,000	p=,017	p=,505	p=,062	p=,012

Корреляционная матрица взаимосвязей психологических и семейных характеристик пациенток с НПП

	Лич. Тр.	Сит.тр	Депр-я	SR	Конф-ия	Дист-ие	Самокон- троль	Поиск соц.подд- ки	Прин. от- ти	Бегство- избеган ие	План-ие	Положит. переоцен ка
Длительность заболевания (мес.)	,0213	,3007	,2093	,1533	,1268	,0458	-,1641	,0175	-,0299	,0154	,1035	-,1905
	p=,819	p=,001	p=,023	p=,097	p=,171	p=,623	p=,076	p=,851	p=,748	p=,869	p=,265	p=,039
	Лич. тр	Сит.тр	Депр-я	SR	Конфр-я	Дист- ние	Самокон- троль	Поиск соц.подде- ки	Прин. от- ти	Бегство- избеган ие	План-ие	Положит. переоцен ка
Стиль воспитания	,1074	,1524	,0467	,0440	,0434	,0329	-,0180	,1015	-,0909	-,0326	,0234	-,1685
	p=,218	p=,080	p=,593	p=,615	p=,620	p=,707	p=,837	p=,245	p=,298	p=,710	p=,789	p=,052
Семейный статус	,1990	,0520	,1146	,1113	,0035	,0542	-,0123	,0968	-,0598	,1413	-,0446	-,0011
	p=,022	p=,552	p=,189	p=,202	p=,968	p=,535	p=,888	p=,268	p=,494	p=,105	p=,611	p=,990
	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
Стиль воспитания	-,0887	-,1973	-,0286	,0500	-,2090	-,0629	,1123	,2091	,0172	-,0398	-,0298	-,0009
	p=,305	p=,021	p=,741	p=,563	p=,015	p=,467	p=,193	p=,015	p=,842	p=,646	p=,730	p=,992
Семейный статус	-,0839	-,0751	-,1091	,0746	-,1137	,0691	-,0028	,0345	,0145	-,0405	-,0469	-,0479
	p=,332	p=,385	p=,206	p=,388	p=,188	p=,424	p=,974	p=,690	p=,867	p=,640	p=,588	p=,580
	D	Hy	Pd	Pa	Pt	Sc	Ma	L	F	K		
Стиль воспитания	,0475	,0666	-,1076	-,0913	-,0925	-,1489	-,1802	-,2312	-,0858	-,1273		
	p=,583	p=,441	p=,212	p=,290	p=,284	p=,084	p=,036	p=,007	p=,321	p=,140		
Семейный статус	,0973	,2497	,0789	,0152	,0964	,0174	,0850	-,1919	-,0156	-,1094		
	p=,260	p=,003	p=,361	p=,861	p=,264	p=,841	p=,325	p=,025	p=,857	p=,205		

Корреляционная матрица взаимосвязей психологических и суицидального риска пациенток с НПП

	SR		SR		SR
Неудовлетворенность телом	,3667	Г	-,1020	Конфронтация	,2625
	p=,000		p=,243		p=,002
Неэффективность	,5043	Р	-,2552	Дистанцирование	,1830
	p=,000		p=,003		p=,035
Перфекционизм	,2138	З	-,2655	Самоконтроль	-,0572
	p=,013		p=,002		p=,513
Недоверие	,3541	Т	-,0981	Поиск соц.поддержки	-,2088
	p=,000		p=,261		p=,016
Некомпетентность	,2475	И	,1252	Принятие ответственности	-,1215
	p=,004		p=,151		p=,164
Hs	,1917	Н	-,0867	Бегство-избегание	,4975
	p=,027		p=,321		p=,000
D	,5056	М	,3802	Планирование	-,1197
	p=,000		p=,000		p=,170
Hу	,4892	А	,2112	Положит. переоценка	-,2839
	p=,000		p=,015		p=,001
Pd	,3092	С	,0934	Интегральная шкала	,3454
	p=,000		p=,285		p=,000
Pa	,2055	Э	,2367	На себя	,2734
	p=,018		p=,006		p=,001
Pt	,2678	П	,0609	На других	,2165
	p=,002		p=,486		p=,012
Sc	,2530	Д	,0441	Социально-предписанный	,2502
	p=,003		p=,614		p=,004
Ma	,1363	Стремление к худобе	,2753	Личностная	,5684
	p=,118		p=,001		p=,000
L	-,0497	Булимия	,2532	NewVar29	,7067
	p=,570		p=,003		p=0,00
F	,3358			SR	1,0000
	p=,000				p= ---
К	-,1118			Ситуационная	,5748
	p=,200				p=,000

Корреляционная матрица взаимосвязей психологических характеристик и признаков НПП

	Стремление к худобе	Булимия		Стремление к худобе	Булимия
Интегральная шкала	,3734	,1682	Бегство-избегание	,4057	,4165
	p=,000	p=,053		p=,000	p=,000
На себя	,2098	,1027	Планирование	-,1917	-,1078
	p=,015	p=,239		p=,027	p=,217
На других	,1715	-,0528	Положит. переоценка	-,3416	-,2750
	p=,048	p=,546		p=,000	p=,001
Социально-предписанный	,1850	,1079	Нс	,1767	-,0156
	p=,033	p=,216		p=,040	p=,857
Личностная	,4517	,3659	D	,3499	,3864
	p=,000	p=,000		p=,000	p=,000
Ситуационная	,4697	,4629	Hy	,2604	,3864
	p=,000	p=,000		p=,002	p=,000
Депрессия	,1703	,3057	Pd	,1369	,1048
	p=,050	p=,000		p=,112	p=,225
L	,2247	,3331	Pa	-,1568	-,1851
	p=,009	p=,000		p=,068	p=,031
SR	,2753	,2532	Pt	-,0412	-,0428
	p=,001	p=,003		p=,634	p=,621
Конфронтация	,0889	,0131	Sc	-,2523	-,2165
	p=,309	p=,881		p=,003	p=,011
Дистанцирование	,1336	,3673	Ma	-,1062	-,0202
	p=,125	p=,000		p=,219	p=,816
Самоконтроль	,1412	,1717	L	-,3432	-,3904
	p=,105	p=,048		p=,000	p=,000
Поиск соц.поддержки	,1613	,1256	F	-,1239	-,1940
	p=,064	p=,150		p=,151	p=,024
Принятие ответственности	-,1637	-,0793	K	-,3198	-,3368
	p=,060	p=,364		p=,000	p=,000

