

Психолог

Правильная ссылка на статью:

Шевеленкова Т.Д., Сальникова М.М. Изменения психической ригидности и отношения к своему телу в процессе лечения у девушек-подростков, страдающих нервной анорексией // Психолог. 2024. № 2. DOI: 10.25136/2409-8701.2024.2.70033 EDN: ZAHDYL URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=70033

Изменения психической ригидности и отношения к своему телу в процессе лечения у девушек-подростков, страдающих нервной анорексией

Шевеленкова Татьяна Дмитриевна

ORCID: 0000-0002-5133-273X

кандидат психологических наук

доцент, кафедра нейро- и патопсихологии, Институт психологии им. Л.С. Выготского, Российский государственный гуманитарный университет

125047, Россия, Московская область, г. Москва, Мусская площадь, 6

✉ shevelenkova.@gmail.com



Сальникова Мария Максимовна

аспирант, кафедра нейро- и патопсихологии, Институт психологии им. Л.С. Выготского; Российский государственный гуманитарный университет

125047, Россия, Московская область, г. Москва, Мусская площадь, 6

✉ thranduillih@gmail.com



[Статья из рубрики "Понять человека"](#)

DOI:

10.25136/2409-8701.2024.2.70033

EDN:

ZAHDYL

Дата направления статьи в редакцию:

29-02-2024

Дата публикации:

07-03-2024

Аннотация: Авторы, рассматривая отечественные и зарубежные исследования когнитивной ригидности/флексibilityности и представлений о собственном теле при

нервной анорексии, отмечают практическое отсутствие исследований как динамики, так и представлений о существовании и характере связи между указанными психологическими особенностями девушек, страдающих нервной анорексией. Объектом исследования явились психологические особенности, а именно, психическая ригидность, когнитивная гибкость и отношение к своему телу девушек-подростков, страдающих нервной анорексией. Предметом исследования выступило изменение уровня ригидности/гибкости и негативного отношения к своему телу, а также их взаимосвязи в ходе стационарного лечения нервной анорексии. Цели исследования: выявить изменения особенностей психической ригидности и отношения к своему телу, а также в характере связи между когнитивной ригидностью, гибкостью и отношением к телу от начала к концу стационарного лечения подростков, страдающих нервной анорексией. В исследовании, проведенном на базе Центра изучения расстройств пищевого поведения (ЦИРПП) в Москве, приняли участие девушки-подростки (13 - 17 лет) с диагнозом «нервная анорексия». Использованы: классический тест Дж. Р. Струпа, упрощенная версия Томского опросника ригидности, опросник когнитивной гибкости, опросник «Отношение к своему телу». Проведен факторный анализ связи исследуемых параметров. Особый вклад авторов исследования – доказательство того, что негативное отношение к своему телу при нервной анорексии как в начале, так и в конце стационарного лечения, положительно коррелирует с высоким уровнем ригидности и низким уровнем гибкости, а также того, что характер данной связи принципиально изменяется от начала к концу стационарного лечения. Новизна исследования заключается в обнаружении того, что от начала к концу стационарного лечения происходит сдвиг психологической проблемы: низкая когнитивная гибкость, как и неспособность отождествлять себя со своим телом, перестают быть основной проблемой, и на передний план выступает негативная оценка привлекательности своего тела для себя, которая в конце стационарного лечения должна стать специфической мишенью для психотерапевтической работы. Практическая значимость исследования заключается в том, что оно позволяет наметить мишени психологической работы (психотерапевтической, коррекционной, реабилитационной) и их изменение от начала к концу стационарного лечения.

Ключевые слова:

психическая ригидность, гибкость, отношение к телу, девушки-подростки, нервная анорексия, стационарное лечение, лонгитюдное исследование, динамика показателей, связь показателей, сдвиг проблемы

Нервная анорексия является третьим по распространенности хроническим заболеванием у девушек-подростков [1]: от 35 до 57% из них придерживаются жестких диет, целенаправленно голодают, самостоятельно вызывают рвоту, принимают таблетки для похудения или слабительные [2]. По приблизительным оценкам (только задокументированным случаям нервной анорексии), хотя бы раз в жизни пострадали от проблем, сопутствующих анорексии, от 0,9 % до 4,3 % женщин [3]. В среднем в развитых странах болеет анорексией около 4% женщин и девушек [4]. Примерно 5–10 % больных анорексией, ожидает летальный исход [5].

Одной из основных черт нервной анорексии является когнитивная ригидность, проявляющаяся в первичных симптомах этого заболевания, таких как диетические

ограничения и искажение образа тела [6]. Ригидность понимается, как неспособность личности в случае требований объективной ситуации изменить свою психическую установку, реагируя на новое; изменить действие или отношение; поставить себя на место другого человека; изменить поведение; реорганизовать проблемный материал; переструктурировать способы поведения; усвоить новые средства приспособления и пр. [7, 8, 9].

T. Brockmeyer [8], K. Tchanturia [9, 10], J. Cholet [11], K.M. Dann [12], G. Abbate-Daga [13], A. Rößner [14], Y. Sato [15] установили что когнитивная ригидность - фактор, поддерживающий нервную анорексию: людям, страдающим нервной анорексией, трудно изменить модус переживания относительно своего тела, у них происходит «застывание» на идеях худобы, что, в свою очередь, «подпитывает» когнитивную ригидность.

На протяжении многих лет в отечественной психологии и психиатрии считалось, что важнейшим фактором развития нервной анорексии является негативное отношение к своему телу. Данное исследование рассматривает отношение к телу как многомерный конструкт, включающий результаты самовосприятия и установки, связанные с собственным телом. Однако современные исследования показывают, что не всегда неудовлетворенность своим телом означает развитие расстройств пищевого поведения и, в частности, нервной анорексии [16]. Неудовлетворенность своим телом может иметь негативные последствия и быть не только ситуационным состоянием [17].

Не смотря на огромный пласт исследований нервной анорексии многие вопросы остаются открытыми: нет исследований связи ригидности при нервной анорексии с отношением к телу как многомерным (многоаспектным) конструктом; не ясно, какие именно аспекты отношения к своему телу «поддерживаются» когнитивной ригидностью.

На данный момент также не хватает лонгитюдных исследований, затрагивающих изменение (динамику) психологических особенностей в ходе лечения нервной анорексии. Важно исследовать, как быстро меняется психическая сфера человека, страдающего нервной анорексией, хватит ли одного месяца интенсивной работы пациента с психиатрами, консультантами по питанию, клиническими психологами, когнитивно-поведенческими психотерапевтами и другими специалистами, чтобы было заметно восстановление физической состояния и преодоления психологических особенностей, специфичных для нервной анорексии?

Как правило при оценке эффективности лечения по истечению месяца у пациенток отмечается прежде всего коррекция веса, улучшение физического состояния, но остается открытым вопрос, произошли ли у пациенток положительные изменения в психике: понизился ли уровень психической ригидности, а отношение к телу сдвинулось ли в сторону положительного полюса.

Настоящее исследование преследовало **следующие цели**: во-первых, выявить изменения психической ригидности и отношения к своему телу в ходе стационарного лечения у пациенток, страдающих нервной анорексией, и, во-вторых, установить связь между когнитивной ригидностью и отношением к телу, определить, какие именно аспекты отношения к своему телу связаны с («поддерживаются») когнитивной ригидностью.

В работе проверялось предположение, что в ходе стационарного лечения (при повышении массы тела) уровень ригидности при нервной анорексии снижается, а негативное отношение к своему телу сдвигается в сторону положительного полюса. Также предполагалось, что негативное отношение к своему телу при нервной анорексии

положительно коррелирует с высоким уровнем ригидности и, соответственно, с низким уровнем гибкости.

Методы и процедура исследования

Исследование проводилось на базе Центра изучения расстройств пищевого поведения (ЦИРПП) в городе Москва с 27 ноября 2021 года по 10 сентября 2022 года. В нем приняли участие девочки-подростки в возрасте от 13 до 17 лет (средний возраст участников исследования составил $15,15 \pm 1,14$ лет). Всего была обследована 41 пациентка (33 девушки, страдающие нервной анорексией, 7 девушек, страдающих нервной булимией и 1 пациентка, страдающая компульсивным перееданием), однако завершили исследование 20 человек с диагнозом «нервная анорексия». Критериями включения в выборку были: (1) согласие пациенток на участие в исследовании; поставленный психиатром диагноз «нервная анорексия» (F50.0 Нервная анорексия), значительное снижение веса у всех пациенток на момент помещения в стационар; (2) завершённое участие в двух этапах исследования. Критериями исключения из выборки: несогласие на участие в исследовании, поставленный психиатром диагноз «нервная булимия», незаконченное участие в любом из этапов исследования.

При помещении пациенток в стационар (перед началом лечения и исследования) от родителей девочек было получено информированное согласие на участие их дочерей в медицинских и психологических исследованиях. Участие в данном исследовании для пациенток было добровольным. Они предварительно получили информацию о целях и процедуре проведения исследования, им также сообщали, что они могут отказаться от участия в исследовании на любом этапе без ущерба для проводимого лечения.

Пациентки, принявшие участие в исследовании, получали фармакотерапевтическое лечение в совокупности с индивидуальной и групповой психотерапией под наблюдением врачей (психиатров, консультантов по питанию и др.) и психологов. Также, помимо обязательного питания, пациентки получали парентеральное питание.

В исследовании применен вариант лонгитюдного метода: пациентки, проходили исследование в два этапа: в начале стационарного лечения и через месяц после его начала – в конце.

В исследовании использовались следующие **методики**.

1) *Классический тест Дж. Р. Струпа* (1935) [\[18\]](#), определяющий показатель когнитивной ригидности (узость, жесткость познавательного контроля); *относительный показатель интерференции*, возникающей как результат конфликта вербальных и сенсорно-перцептивных функций (в данной работе специально не анализировался); *показатель вербальности*, свидетельствующий о преобладании словесного способа переработки информации над сенсорно-перцептивным.

2) Упрощенная версия *Томского опросника ригидности Г.В. Залевского* (1987) [\[19, 20\]](#). Используются четыре шкалы: «Актуальная ригидность» (ригидность в собственном или узком смысле как неспособность изменить мнение, отношение, установку, мотивы, модус переживания и т.п.); «Сенситивная ригидность» (личностный уровень проявления психической ригидности, эмоциональная реакция человека на новое, на ситуации, требующие изменений); «Ригидность как состояние» (реакция на неблагоприятные события, склонность к фиксированному поведению в состоянии страха, стресса, плохого настроения, утомления и т.д.) и шкала лжи (вопросы вычленены из личностного опросника Г. Айзенка).

3) *Опросник когнитивной флексиби́льности* (адаптация С.С. Кургиняна и Е.Ю., Осаволук, 2018) [21] измеряющий три аспекта когнитивной флексиби́льности: возможность индивида давать несколько вариантов объяснения жизненным событиям и проявлениям поведения человека, а также предлагать разные способы разрешения трудных ситуаций (шкала «Альтернативы»); способность индивида воспринимать трудные ситуации как контролируемые (шкала «Контроль»); интегративный показатель когнитивной флексиби́льности, свидетельствующей о когнитивной адаптивности индивида при возникновении стрессовых ситуаций, способности корректировать свое поведение в соответствии с требованиями неблагоприятных обстоятельств (в противоположность когнитивной ригидности).

4) *Методика «Отношение к своему телу»* (Т.Д. Шевеленкова, Ж.А. Волжина, 2014) [22] - многомерное шкалирование отношения к своему телу, включающее восемь шкал: значимость телесного здоровья, значимость красоты собственного тела, оценка умения управлять своим телом, оценка физического состояния, оценка привлекательности своего тела для других, оценка привлекательности своего тела для себя, оценка способности устанавливать и поддерживать контакт со своим телом, оценка способности отождествлять себя со своим телом. Также посчитывается интегративный показатель отношения к своему телу. Рассматривалась выраженность *негативного отношения к телу*: чем ниже результат по каждой из шкал и интегративный показатель отношения к своему телу, тем более положительным оно является.

В исследовании использовались методы математико-статистического анализа. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программ Microsoft Office Excel 2019 и IBM SPSS Statistics 20.0 © SPSS Inc. (2011). Нормальность распределения первичных данных проверялась по критерию согласия Колмогорова-Смирнова по всем шкалам каждой методики. Для выявления различий использовался t-критерий Стьюдента для зависимых выборок, а для выявления взаимосвязей был проведен факторный анализ по данным начала и конца стационарного лечения.

Диагностическая точность определялась введением в исследование «шкалы лжи» (Томский опросник ригидности). 80% респонденток дали низкие результаты по данной шкале, что свидетельствует о достоверности полученных от них данных. 20% респонденток дали относительно высокие показатели по данной шкале, что говорит о возможном искажении результатов, однако их результаты все-таки были включены в общие результаты исследования с целью: 1) выявить, повысилась или понизилась тенденция давать недостоверные результаты в целом по выборке; 2) определить с какими параметрами ригидности/флексиби́льности и отношения к телу коррелирует уровень лжи респонденток.

Результаты

Результаты сравнительного исследования показателей групповой динамики ригидности и флексиби́льности (в начале и конце пребывания в клинике).

Таблица 1.

Соотношение в начале и конце лечения пациенток с различными показателями ригидности/флексиби́льности (пп (пп%))

НАЧАЛО СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ			
..	Опросник когнитивной	–	~

Методика	Опросник когнитивной флексibilityности			Томский опросник ригидности					С
Шкалы	Альтер- нативы	Конт- роль	Когнитив- ная флекси- бельность	Актуаль- ная ригид- ность	Сенси- тивная ригид- ность	Ригид- ность как состояние	Шкала лжи	Общая ригид- ность	к т р и е р
Низкие показатели	7 (35%)	9 (45%)	7 (35%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	16 (80%)	1 (5%)	2 (
Средние показатели	8 (40%)	9 (45%)	9 (45%)	11 (55%)	7 (35%)	3 (15%)	0 (0%)	4 (20%)	9 (
Высокие показатели	5 (25%)	2 (10%)	4 (20%)	9 (45%)	13 (65%)	16 (80%)	4 (20%)	15 (75%)	9 (
КОНЕЦ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ									
Методика	Когнитивная флексibilityность			Томский опросник ригидности					С
Шкалы	Альтер- нативы	Конт- роль	Когнитив- ная флекси- бельность	Акт- альная ригид- ность	Сенси- тивная ригид- ность	Ригид- ность как состояние	Шкала лжи	Общая ригид- ность	к т р и е р
Низкие показатели	3 (15%)	10 (30%)	8 (40%)	4 (20%)	0 (0%)	0 (0%)	12 (70%)	1 (5%)	4 (
Средние показатели	9 (45%)	10 (50%)	8 (40%)	8 (40%)	12 (60%)	8 (40%)	0 (0%)	8 (40%)	1 (
Высокие показатели	8 (40%)	4 (20%)	4 (20%)	8 (40%)	8 (40%)	12 (60%)	6 (30%)	11 (55%)	3 (

Согласно Таблице 1 в начале стационарного лечения процент девушек-подростков, страдающих нервной анорексией, с низкой флексibilityностью (согласно «Опроснику когнитивной флексibilityности») резко превышает тех, у кого обнаружена высокая флексibilityность. Соответственно процент респонденток с высокой ригидностью во много раз превышает процент таковых с низкой ригидностью (по всем шкалам Томского опросника ригидности). Более того, вообще не обнаружено пациенток с низким уровнем актуальной и сенситивной ригидности. Большая часть пациенток имела очень высокий уровень ригидности как состояния (80%), сенситивной ригидности (65%), а также общей ригидности (75%). В конце стационарного лечения картина принципиально меняется, но не по всем диагностируемым параметрам. Количество пациенток с низкой когнитивной флексibilityностью и высокими показателями ригидности, как психической, так и когнитивной, - снизилось, увеличился процент пациенток с высокими показателями по всем шкалам когнитивной флексibilityности, а также с низкой когнитивной и актуальной ригидностью. В то же время не изменился процент пациенток с низкими показателями сенситивной ригидности (0%), ригидности как состояния (0%) и общим показателем ригидности (5%). Также в конце лечения число пациенток с высоким уровнем показателей по шкале лжи увеличилось на 10 процентов.

С помощью t-критерия Стьюдента выявлены значимые различия в уровне когнитивной

ригидности, актуальной ригидности, а также в таких показателях когнитивной гибкости как «контроль» и «интегративный показатель когнитивной гибкости» у девушек-подростков, страдающих нервной анорексией, в начале и в конце лечения, то есть через месяц пребывания в клинике.

Таблица 2.

Значимые различия в показателях когнитивной, актуальной ригидности и когнитивной гибкости в начале и конце стационарного лечения

Методика	Шкала	Начало стационарного лечения		Конец стационарного лечения		p
		Среднее	σ	Среднее	σ	
Классический тест Дж.Р. Струпа	Когнитивная ригидность	37,65	18,17	28,05	15,16	0,04*
Томский опросник ригидности	Актуальная ригидность	39,45	10,86	33,55	12,20	0,045*
Опросник когнитивной гибкости	Контроль	62,25	11,48	66,10	9,79	0,008**
	Интегративный показатель когнитивной гибкости	93, 20	19,22	101,70	19,61	0,004**
Примечание: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$						

В таблице 2 представлены шкалы, по которым произошли значимые изменения к концу стационарного лечения: уровень когнитивной и актуальной ригидности стал значимо ниже; уровень когнитивной гибкости, соответственно, повысился. Значимые различия не обнаружены по шкалам «сенситивная ригидность» (0,056), «ригидность как состояние» (0,298) и «вербальность» (0,890). Также значимо не изменился такой параметр когнитивной гибкости как «альтернативы» (0,056). Не произошло и значимых изменений в показателях шкалы лжи (0,402).

Результаты сравнительного исследования изменений показателей отношения к собственному телу по группе в целом в ходе стационарного лечения.

Оценивая характер отношения к своему телу девушек-подростков, страдающих нервной анорексией, в начале и конце стационарного лечения необходимо, прежде всего, отметить неравномерность степени выраженности негативного/позитивного значения различных компонентов в структуре многомерного конструкта отношения к телу, а также динамики выраженности их в начале и конце лечения в целом по исследуемой группе.

Согласно данным, представленным в таблице 3, в начале лечения преобладают пациентки, обнаруживающие высокую значимость для них телесного здоровья и красоты собственного тела (низкая оценка незначимости параметров). Эти показатели значимо не меняются к концу лечения. В то же время в начале стационарного лечения оценка

способности отождествлять себя со своим телом, способности устанавливать и поддерживать контакт со своим телом и привлекательности своего тела для себя является у большинства респонденток явно негативной. Именно эти показатели обнаруживают резкий сдвиг в сторону положительной оценки к концу стационарного лечения. Наибольшую устойчивость в ходе лечения негативное отношение к телу сохраняет в оценке привлекательности своего тела для себя: более чем у половины пациенток ее оценка остается негативной. К концу срока лечения увеличивается количество пациенток, обнаруживающих высоко позитивное значение «Интегративного показателя отношения к своему телу», «Оценки привлекательности своего тела для других», а также «Оценки умения управлять своим телом».

Таблица 3.

Соотношение количества пациенток с разной степенью выраженности негативного отношения к своему телу в начале и конце стационарного лечения (пп (пп%)).

НАЧАЛО СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ								
Шкалы	Значи- мость телес- ного здо- ровья	Значи- мость красоты собствен- ного тела	Оценка умения управ- лять своим телом	Оценка физичес- кого состоя- ния	Оценка привле- катель- ности своего тела для других	Оценка привле- катель- ности своего тела для себя	Способ- ность устанав- ливать и Поддер- живать контакт со своим телом	С
Низкие показатели	11 (55%)	9 (45%)	9 (45%)	9 (45%)	4 (20%)	3 (15%)	1 (5%)	(
Средне- низкие показатели	3 (15%)	3 (15%)	0 (0%)	1 (5%)	2 (10%)	0 (0%)	2 (10%)	(
Средне-ысокие показатели	1 (5%)	3 (15%)	4 (20%)	1 (5%)	5 (25%)	3 (15%)	3 (15%)	(
Высокие показатели	5 (25%)	6 (30%)	7 (35%)	9 (45%)	9 (45%)	14 (70%)	14 (70%)	(
КОНЕЦ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ								
Низкие показатели	11 (55%)	9 (45%)	8 (40%)	7 (35%)	7 (35%)	5 (25%)	5 (25%)	(
Средне- низкие показатели	3 (15%)	4 (20%)	3 (15%)	4 (20%)	5 (25%)	3 (15%)	3 (15%)	(
Сред не-высокие показатели	5 (25%)	3 (15%)	4 (20%)	6 (30%)	6 (30%)	2 (10%)	6 (30%)	(
Высокие	1	4	5	3	2	10	6	

показатели	(5%)	(20%)	(25%)	(15%)	(10%)	(50%)	(30%)	(
-------------------	-------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	----------

Результаты статистического анализа отношения к телу у девушек-подростков с нервной анорексией в начале и конце лечения показали значимое изменение негативного отношения к телу на более положительное (таблица 4).

Таблица 4.

Значимые различия в показателях негативного отношения к телу в начале и конце стационарного лечения

Шкала	Начало стационарного лечения		Конец стационарного лечения		p
	Среднее	σ	Среднее	σ	
Негативная оценка умения управлять своим телом	27,30	9,85	21,45	7,92	0,007**
Негативная оценка физического состояния	28,25	9,99	22,20	8,78	0,015*
Негативная оценка привлекательности своего тела для других	27,35	8,18	22,40	8,67	0,007**
Негативная оценка привлекательности своего тела для себя	33,50	9,46	26,20	11,64	0,002**
Негативная оценка способности устанавливать и поддерживать контакт со своим телом	33,35	7,46	23,85	9,28	0,001**
Негативная оценка способности отождествлять себя со своим телом	35,10	11,79	24,40	12,47	<0,001**
Интегративный показатель негативного отношения к своему телу	226,80	45,30	181,85	54,73	<0,001**
Примечание: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$					

Согласно таблице 4 статистически значимые сдвиги негативного отношения к телу в ходе лечения в сторону положительного полюса в целом по группе произошли по шкалам: «Интегративный показатель негативного отношения к своему телу», «Оценка способности отождествлять себя со своим телом», «Оценка способности устанавливать и

поддерживать контакт со своим телом», «Оценка привлекательности своего тела для себя», «Оценка привлекательности своего тела для других», «Оценка умения управлять своим телом». Изменения произошли и в «негативной оценке физического состояния» ($p=0,015$), которая стала более положительной. К концу стационарного лечения *не изменились* показатели по таким шкалам, как «Значимость телесного здоровья» ($p=0,424$) и «Значимость красоты собственного тела» ($p=0,572$).

Результаты факторного анализа по данным начала стационарного лечения. С помощью факторного анализа всех результатов диагностики в начале стационарного лечения у пациенток, страдающих нервной анорексией, было вычленено 5 факторов (вращение сошлось за 7 итераций).

Применяемый нами факторный анализ относится к эксплораторному (поисковому, разведывательному) типу. Он не направлен на проверку гипотез и применялся как инструмент, позволяющий объединить в группы используемые переменные и выдвинуть гипотезы о возможной структуре скрытых факторов. Проводя факторный анализ данных, мы пытались дойти до неких фундаментальных переменных, которые не «схватываются» непосредственными измерениями, стремились строить поисковые модели, позволяющие наметить направления и пути дальнейших исследований.

Фактор 1 (20,758 % дисперсии) выявил *обратную связь* показателей когнитивной флексibilityности, а именно, интегративного показателя когнитивной флексibilityности (-,920), «альтернатив» (-,861) и «контроля» (-,813), с компонентами негативного отношения к своему телу (в том числе, с негативной оценкой умения управлять своим телом (,713), негативной оценкой своего физического состояния (,697), а также с интегративным показателем негативного отношения к своему телу (,507).

Фактор 2 (20,065 % дисперсии) показал связь негативных показателей шкал методики «Отношение к своему телу». Наибольшую факторную нагрузку имеет шкала негативная «Оценка способности отождествлять себя со своим телом» (,914), связанная с такими шкалами как негативная «Оценка привлекательности своего тела для себя» (,841), «Интегративный показатель негативного отношения к своему телу» (,791), негативная «Оценка способности устанавливать и поддерживать контакт со своим телом» (,771), а также шкалой негативная «Оценка привлекательности своего тела для других» (,612).

В отдельный **фактор 3** (17,865 % дисперсии) выделилась отрицательная связь шкалы лжи (-,695) и положительно взаимосвязанных шкал: «сенситивная ригидность» (,908), «ригидность как состояние» (,896), «актуальная ригидность» (,870). Наибольшую нагрузку имеет «сенситивная ригидность» (личностный уровень проявления психической ригидности).

Фактор 4 (14,869 % дисперсии) показал отрицательную связь между общим показателем когнитивной ригидности (-,843) (по тесту Дж. Р. Струпа), и положительно взаимосвязанными характеристиками: незначимостью телесного здоровья (,686) и уровнем лжи (,513), что свидетельствует о том, что чем менее когнитивно ригидны пациентки, тем в большей степени они склонны лгать, и тем менее для них значимо телесное здоровье.

Фактор 5 (7,345 % дисперсии) определил прямую связь степени незначимости телесного здоровья (,772) с преобладанием словесного способа переработки информации (,530) (цвет «запутывает» когнитивные процессы пациенток и у них начинает преобладать словесный способ переработки информации); в начале лечения ригидные пациентки, плохо использующие перцептивный канал переработки информации

и, как правило, негативно относятся к своему здоровью.

С помощью факторного анализа всех результатов диагностики **в конце стационарного лечения** у пациенток, страдающих нервной анорексией, было вычленено 5 факторов (вращение сошлось за 7 итераций).

Результаты факторного анализа по данным, полученным в конце стационарного лечения.

Фактор 1 (32,830 % дисперсии): наибольшую факторную нагрузку несет шкала «Негативная оценка привлекательности своего тела для себя» (,899), группирующая такие параметры отношения к телу как «Интегративный показатель негативного отношения к своему телу» (,890), «Негативная оценка способности отождествлять себя со своим телом» (,855), «Негативная оценка способности устанавливать и поддерживать контакт со своим телом» (,847), «Негативная оценка привлекательности своего тела для других» (,827), «Негативная оценка физического состояния» (,716), «Негативная оценка умения управлять своим телом» (,696). Эти прямо связанные между собой показатели негативного отношения к своему телу *обратно связаны* с параметрами когнитивной ригидности/флексibilityности: мерой «вербальности» (-,685), интегративным показателем когнитивной флексibilityности (-,516) и способностью к альтернативному мышлению (-,565).

Фактор 2 (17,604 % дисперсии) охарактеризовал как высоко взаимосвязанные все исследуемые переменные томского опросника ригидности: «Актуальной ригидности» (,894), – ригидности в собственном или узком смысле слова; «Сенситивной ригидности» (,892), – личностного уровня проявления психической ригидности; «Ригидность как состояние» (,887), – как реакции на неблагоприятные события.

Фактор 3 (13,740 % дисперсии) связал низкую когнитивную ригидность (-,953) с низким показателем «вербальности» (-,557).

Фактор 4 (13,056 % дисперсии) показал, что снижение возможности для пациенток воспринимать трудные ситуации как контролируемые (-,840) связано со снижением когнитивной флексibilityности в целом (-,801), а также возможностью давать несколько вариантов объяснения жизненным событиям и проявлениям поведения человека, а также предлагать множество разных способов разрешения трудных ситуаций (-,634).

Фактор 5 (11,407 % дисперсии) выявил связь между высокими показателями степени незначимости красоты собственного тела (,800), незначимости телесного здоровья (,728) и низким уровнем лжи (-,720).

Обсуждение результатов

Проведенное исследование обнаружило в начале лечения количественное преобладание пациенток с высоким уровнем когнитивной и личностной ригидности (вообще не обнаружено пациенток с низким уровнем актуальной и сенситивной ригидности) и низким уровнем когнитивной флексibilityности, что свидетельствует о том, что низкая когнитивная флексibilityность и высокая ригидность – важный симптом нервной анорексии.

Исследование подтвердило предположение о том, что в ходе пребывания в стационаре в течение месяца у пациенток, уровень как когнитивной, так и личностной ригидности *по группе в целом* снижается и значимо повышается уровень когнитивной флексibilityности. К концу стационарного лечения значимо снизилась жесткость познавательного контроля:

контроль стал охватывать более широкие сферы жизнедеятельности; снизилась ригидность в собственном или узком смысле, появилась относительная способность изменять свое мнение, отношение, установку, мотивы и модус переживания; появилась относительная возможность воспринимать трудные ситуации как контролируемые. Повышение интегрального показателя когнитивной флексibilityности в конце лечения свидетельствует о повышении когнитивной адаптивности девушек-подростков, страдающих нервной анорексией при возникновении стрессовых ситуаций, способности корректировать свое поведение в соответствии с требованиями неблагоприятных обстоятельств. Поскольку не изменился процент пациенток с низкими показателями сенситивной ригидности, ригидности как состояния и общего показателя ригидности, данные показатели ригидности можно считать наиболее резистентными по отношению к проводимому лечению. Практически не меняется к концу лечения (за месяц пребывания в клинике) личностный уровень проявления психической ригидности, характеризующий эмоциональную реакцию пациенток на новое, на ситуации, требующие изменений, страх перед новым, неophobia. Неизменной остается реакция пациенток на неблагоприятные события, склонность к фиксированному поведению в состоянии страха, стресса (дистресса), плохого настроения, утомления или какого-либо болезненного состояния. Изменение данных параметров ригидности, скорее всего, не зависит напрямую от повышения массы тела и требует серьезной психологической работы после окончания пребывания пациенток в стационаре.

В начале стационарного лечения большинство девушек, страдающих нервной анорексией, обнаруживает негативное отношение к своему телу по большинству исследуемых параметров. Тем не менее «Значимость телесного здоровья» и «Значимость красоты собственного тела» даже в начале стационарного лечения оценивается ими преимущественно высоко положительно и сохраняется в таком качестве до конца стационарного лечения.

В начале стационарного лечения наибольшую факторную нагрузку имел интегративный показатель когнитивной флексibilityности, отрицательно связанный с параметрами негативного отношения к собственному телу (с негативной оценками умения управлять своим телом, своего физического состояния, а также с интегративным показателем отношения к своему телу) и показателями когнитивной и личностной ригидности. Чем ниже показатели когнитивной флексibilityности, тем более выражено у девушек-подростков с нервной анорексией негативное отношение к своему телу. Можно предположить, что именно эти показатели отношения к телу пациенток «поддерживаются» характерной для них когнитивной ригидностью (низкой флексibilityностью). Установлено также, что негативное отношение к своему телу при нервной анорексии положительно коррелирует с высоким уровнем ригидности и, соответственно, с низким уровнем флексibilityности как в начале, так и в конце стационарного лечения.

Наибольшую устойчивость (резистентность) отношение к телу в ходе лечения выявляет в оценке привлекательности своего тела для себя: более чем у половины пациенток она остается в конце стационарного лечения негативной. Более того, как показал факторный анализ переменных в конце лечения, именно «Негативная оценка привлекательности своего тела для себя» (фактор 1) имеет наибольшую факторную нагрузку, группируя как другие параметры отношения к телу (прямая связь), так и показатели когнитивной ригидности/флексibilityности (обратная связь). Доминирование сниженной когнитивной флексibilityности (в начале лечения) меняется на доминирование параметров негативного отношения к телу (в конце лечения). С повышением когнитивной

флексibility к концу лечения на первый план начинает выходить проблема удовлетворенности своим телом.

В начале лечения наибольшую факторную нагрузку имеет «Негативная оценка способности отождествлять себя со своим телом» (фактор 2), объединяющая в единый фактор другие параметры негативного отношения к телу. Таким образом в начале лечения у пациенток существует своеобразная «пропасть» между собственным Я и своим телом, невозможность отождествить себя с собственным телом: «Я – это не мое тело». В конце лечения центральное место начинает занимать «Негативная оценка привлекательности своего тела для себя» и основной проблемой становится удовлетворенность своим телом: «Мне не нравится мое тело». Таким образом от начала к концу стационарного лечения происходит сдвиг психологической проблемы: низкая когнитивная флексibility, как и неспособность отождествлять себя со своим телом, перестают быть основной проблемой, определяющей симптоматику, и на передний план выступает негативная оценка привлекательности своего тела для себя, которая в конце стационарного лечения должна стать специфической мишенью для психотерапевтической работы. Данная мишень появляется только к концу стационарного лечения после улучшения физического состояния пациенток. Этот факт дает возможность планировать психотерапевтическую работу с пациентками и наметить основные ее мишени уже после стационарного лечения.

Интересным фактом, полученным в исследовании (фактор 5 начала лечения), стало то, что незначимость телесного здоровья оказалась связана с высоким показателем «вербальности», то есть чем менее пациентки ценят телесное здоровье, тем более они склонны к использованию вербального канала переработки информации, игнорируя перцептивный канал. В конце лечения те пациентки, у кого повысилась ценность здоровья, начинают в большей степени использовать перцептивный канал.

Статистически значимые сдвиги негативного отношения к телу в ходе лечения в сторону положительного полюса в целом по группе произошли по всем шкалам, кроме «Значимости телесного здоровья» и «Значимости красоты собственного тела». Последние к концу стационарного лечения *не изменились* остались прежними, что, в свою очередь, оказалось крайне информативным. Факторный анализ показателей в начале лечения обнаружил обратную связь степени незначимости телесного здоровья с уровнем когнитивной ригидности и прямою – с данными шкалы лжи.

Оказалось, что *в начале лечения* склонны давать о себе и своих переживаниях, мнениях и установках неверные сведения те девушки-подростки, страдающей нервной анорексией, для которых не значимо телесное здоровье, но которые, в то же время, наименее ригидны. Можно предположить, что девушки-подростки, страдающие нервной анорексией, когда они соглашаются лечь в клинику для лечения, тем не менее внутренне не согласны лечиться и изменяться, считая себя здоровыми. Наименее ригидные из них, лучше понимающие, что от них требуется в клинике, защищаются повышением уровня лжи. Стремление быть неискренними с медицинским персоналом и психологами-исследователями поддерживается именно низкой значимостью собственного здоровья. У пациенток иные приоритеты, часто принимающие форму вторичных выгод: наладить отношения со сверстниками, стать «счастливыми» в их понимании, принять себя, заняться любимым делом, реализовать свое стремление к тому, чтобы «люди ценили их за богатый внутренний мир» и т.д. Для подтверждения этого факта необходимы дополнительные исследования, поскольку научных работ на данную тему нет, не проводилось ни в нашей стране, ни за рубежом.

В конце стационарного лечения низкий уровень лжи имеют именно те пациентки, которые сохраняют высокий уровень негативного отношения (пренебрежения) к красоте собственного тела и телесного здоровья. Негативное отношение к красоте и здоровью тела не порождает стремления защищаться и лгать. Соответственно, девушки-подростки, сохраняющие в конце стационарного лечения негативное отношение к собственному здоровью и красоте собственного тела наиболее искренни, а результаты их исследования оказываются вызывающими наибольшее доверие. Позитивный сдвиг в этих аспектах отношения к телу, коррелирующий с повышением по шкале лжи, является вероятно реакцией на установки медицинского персонала на формирование у пациенток именно положительного отношения и порождает у них стремление лгать, чтобы их считали «выздоровевшими». Выявленные факты, по-видимому, требуют от медицинского персонала перехода от простой «трансляции» установки в виде значимости собственного телесного здоровья и красоты собственного тела к серьезной психотерапевтической работе в этом направлении.

Факторный анализ показывает изменение связей показателей по шкале лжи от начала к концу лечения. В начале лечения они обратно связаны как с психической, так и личностной ригидностью, с показателями когнитивной ригидности, а также прямо с незначимостью телесного здоровья. В конце лечения уровень лжи не связан ни с когнитивной ригидностью, ни с когнитивной гибкостью; теперь он обратно связан только с параметрами негативного отношения к своему телу, а именно с незначимостью красоты собственного тела и телесного здоровья. Еще раз отметим, что в конце лечения именно негативное отношение к телу становится «краеугольным камнем», на котором должна строиться психологическая работа.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что уровень когнитивной ригидности при нервной анорексии в ходе лечения при восстановлении массы тела (приближения индекса массы тела к нормальному) уменьшается, соответственно, уровень когнитивной гибкости повышается. Полученные данные хорошо согласуются с результатами, изложенными в работах М.В. Коркиной с соавторами [5, 6], а также в ряде зарубежных исследований: J. Cholet et al. [11]; T. Brockmeyer et al. [9]; K. Tchanturia et al. [9; 10]. В обозначенных выше зарубежных исследованиях показано, что сниженная когнитивная гибкость является характерной стабильной чертой пациентов с нервной анорексией, не зависящая ни от индекса массы тела, ни от продолжительности болезни, и что когнитивная ригидность может быть маркером нарушений пищевого поведения [11]. Аналогичные результаты получены K.M. Dann et al. [12]; G. Abbate-Daga et al. [13]; A. Rößner et al. [14]; Di Lodovico L. [23]; S.B. Wang et al. [24].

Сопоставляя с современными исследованиями отношения к телу у пациенток, страдающих нервной анорексией, отметим, что в отличие от представленного исследования, они в основном делают акцент на удовлетворенности/неудовлетворенности своим телом и на искажении параметров тела [25, 26, 27].

Заключение

Показателями улучшения состояния пациентов с нервной анорексией являются повышение уровня когнитивной гибкости, уменьшение уровня актуальной ригидности и более близкое к положительному полюсу отношение к своему телу.

Практическая значимость исследования состоит в том, что полученные в нем результаты позволяют выделить специфические мишени для психологической работы с пациентками

в начале и конце лечения, поскольку оно устанавливает, какие именно аспекты отношения к своему телу «поддерживаются» когнитивной ригидностью, а также фиксирует сдвиг в ходе стационарного лечения от доминирования сниженной когнитивной флексибельности (в начале лечения) в сторону доминирования параметров негативного отношения к телу (в конце лечения), показывая, что с повышением когнитивной флексибельности к концу лечения на первый план начинает выходить удовлетворенность своим телом.

Данное исследование впервые обращает внимание на значение фактора лжи в оценке состояния и интенций пациенток в начале и конце их пребывания в клинике.

Существенным ограничением исследования является небольшой объем выборки. Необходимо дальнейшие исследования, чтобы понять, насколько данная выборка отражает генеральную совокупность. Поскольку исследование носило пилотный характер, его результаты и выводы, сделанные из их анализа, не претендуют на общезначимость и, прежде всего, дают основания для выдвижения продуктивных гипотез, которые требуют дальнейшей проверки.

Библиография

1. Kalisvaart, J. L., & Hergenroeder, A. C. (2007). Hospitalization of patients with eating disorders on adolescent medical units is threatened by current reimbursement systems. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 19(2), 155-165. doi:10.1515/ijamh.2007.19.2.155
2. Boutelle, K., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Resnick, M. (2002). Weight control behaviors among obese, overweight, and nonoverweight adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(6), 531-540. doi:10.1093/jpepsy/27.6.531
3. Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406-414. doi:10.1007/s11920-012-0282-y
4. Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(6), 543-548. doi:10.1097/YCO.0b013e328365a24f
5. Коркина, М. В., Цивилько, М. А., & Марилов, В. В. (1986). *Нервная анорексия*. Москва: Медицина. 176 с.
6. Коркина, М. В., Цивилько, М. А., Карева, М. А., Жигалова, Н. Д., & Кислова Е. К. (1990). Клинико-психопатологические корреляции психической ригидности при нервной анорексии. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, 10, 86-88.
7. Залевский, Г. В. (1993). *Психическая ригидность в норме и патологии*. Томск: Издательство Томского университета. 272 с.
8. Brockmeyer, T., Febry, H., Leiteritz-Rausch, A., Wunsch-Leiteritz, W., Leiteritz, A., & Friederich, H. C. (2022). Cognitive flexibility, central coherence, and quality of life in anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 22. doi:10.1186/s40337-022-00547-4
9. Tchanturia, K., Davies, H., Roberts, M., Harrison, A., Nakazato, M., Schmidt, U., Treasure, J., & Morris, R. (2012). Poor cognitive flexibility in eating disorders: examining the evidence using the Wisconsin Card Sorting Task. *Public Library of Science One*, 7(1), e28331. doi:10.1371/journal.pone.0028331
10. Tchanturia, K., Harrison, A., Davies, H., Roberts, M., Oldershaw, A., Nakazato, M.,

- Stahl, D., Morris, R., Schmidt, U., & Treasure, J. (2011). Cognitive flexibility and clinical severity in eating disorders. *Public Library of Science One*, 6(6), e20462. doi:10.1371/journal.pone.0020462
11. Cholet, J., Rousselet, M., Donnio, Y., Burlot, M., Pere, M., Lambert, S., Rocher, B., Chirio-Espitalier, M., Eyzop, E., & Grall-Bronnec, M. (2021). Evaluation of cognitive impairment in a French sample of patients with restrictive anorexia nervosa: two distinct profiles emerged with differences in impaired functions and psychopathological symptoms. *Eating and Weight Disorders*, 26(5), 1559-1570. doi:10.1007/s40519-020-00981-w
 12. Dann, K. M., Hay, P., & Touyz, S. (2022). Everyday flexibility and functional milestones in anorexia nervosa: survey results from a mixed community sample. *Eating and Weight Disorders*, 27(5), 1641-1650. doi:10.1007/s40519-021-01300-7
 13. Abbate-Daga, G., Buzzichelli, S., Amianto, F., Rocca, G., Marzola, E., McClintock, S. M., & Fassino, S. (2011). Cognitive flexibility in verbal and nonverbal domains and decision making in anorexia nervosa patients: a pilot study. *BioMed Central Psychiatry*, 11, 162. doi:10.1186/1471-244X-11-162
 14. Röbner, A., Juniak, I., van Noort, B. M., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., & Kappel, V. (2017). Cognitive Flexibility in Juvenile Anorexia Nervosa in Relation to Comorbid Symptoms of Depression, Obsessive Compulsive Symptoms and Duration of Illness. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 45(5), 371-380. doi:10.1024/1422-4917/a000493
 15. Sato, Y., Saito, N., Utsumi, A., Aizawa, E., Shoji, T., Izumiyama, M., Mushiake, H., Hongo, M., & Fukudo, S. (2013). Neural basis of impaired cognitive flexibility in patients with anorexia nervosa. *Public Library of Science One*, 8(5), e61108. doi:10.1371/journal.pone.0061108
 16. Кирюхина, Н. А., & Польская, Н. А. (2021). Эмоциональная дисрегуляция и неудовлетворенность телом в женской популяции. *Клиническая и специальная психология*, 10(3), 126-147. doi:10.17759/cpse.2021100308
 17. Jáuregui-Lobera, I., Bolaños-Ríos, P., Ruiz-Prieto, I. (2012). Thought-shape fusion and body image in eating disorders. *International Journal of General Medicine*, 5, 823-830. doi:10.2147/IJGM.S36324
 18. Пырьева, Е. А., Сорвачева, Т. А., Волкова, Л. Ю., Колтунов, И. Е., Петряйкина, Е. Е., Усачева, Е. Л., Хышиктеуева, & Т. П., Гордеева, Е. А. (2015). Современные подходы к ведению пациентов с нервной анорексией в условиях стационара. *Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского*, 94(5), 41-47.
 19. Зверева, Н. В., Хромов, А. И., Сергиенко, А. А., & Коваль-Зайцев, А. А. (2017). Клинико-психологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (память и внимание). Москва: Сам полиграфист. 48 с.
 20. Залевский, Г. В. (2000). Томский опросник ригидности Г. В. Залевского (ТОРЗ). *Сибирский психологический журнал*, 12, 129-137.
 21. Кургиян, С. С., & Осаволук, Е. Ю. (2018). Опросник когнитивной флексибельности (CFI): адаптация на русскоязычной выборке. *Психологический журнал*. 39(2), 105-119. doi:10.7868/S0205959218020101
 22. Шевеленкова, Т. Д., & Волжина, Ж. А. (2014). Отношение к своему телу и психологическое благополучие в подростковом возрасте. Кудрявцев В.Т. (ред.), Мышление и речь: подходы, проблемы, решения. Материалы XV международных чтений памяти Л.С. Выготского (с. 8-13). Москва: РГГУ.

23. Di Lodovico, L., & Gorwood, P. (2020). The relationship between moderate to vigorous physical activity and cognitive rigidity in anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 284, 112703. doi:10.1016/j.psychres.2019.112703
24. Wang, S. B., Gray, E. K., Coniglio, K. A., Murray, H. B., Stone, M., Becker, K. R., Thomas, J. J., & Eddy, K. T. (2021). Cognitive rigidity and heightened attention to detail occur transdiagnostically in adolescents with eating disorders. *Eating Disorders*, 29(4), 408-420. doi:10.1080/10640266.2019.1656470
25. Moccia, L., Conte, E., Ambrosecchia, M., Janiri, D., Di Pietro, S., De Martin, V., Di Nicola, M., Rinaldi, L., Sani, G., Gallese, V., & Janiri, L. (2022) Anomalous self-experience, body image disturbance, and eating disorder symptomatology in first-onset anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 27(1), 101-108. doi:10.1007/s40519-021-01145-0
26. Legenbauer, T., Radix, A. K., Naumann, E., & Blechert, J. (2020). The Body Image Approach Test (BIAT): A Potential Measure of the Behavioral Components of Body Image Disturbance in Anorexia and Bulimia Nervosa? *Frontiers in Psychology*, 31, 11-30. doi:10.3389/fpsyg.2020.00030
27. Dalhoff, A. W., Romero Frausto H., Romer, G., & Wessing, I. (2019) Perceptive Body Image Distortion in Adolescent Anorexia Nervosa: Changes After Treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 748. doi:10.3389/fpsyg.2019.00748

Результаты процедуры рецензирования статьи

В связи с политикой двойного слепого рецензирования личность рецензента не раскрывается.

Со списком рецензентов издательства можно ознакомиться [здесь](#).

Предметом исследования в представленной статье являются изменения психической ригидности и отношения к своему телу в процессе лечения у девушек-подростков, страдающих нервной анорексией.

В качестве методологии предметной области исследования в данной статье были использованы, дескриптивный метод, метод анализа, а также был применен вариант лонгитюдного метода, то есть проведение исследования в два этапа (в начале стационарного лечения и по его окончании). В исследовании использовались следующие методики: 1) классический тест Дж. Р. Струпа (1935); 2) упрощенная версия Томского опросника ригидности Г.В. Залевского (1987), использованы четыре шкалы: «Актуальная ригидность», «Сенситивная ригидность»; «Ригидность как состояние»; шкала лжи (вопросы вычленены из личностного опросника Г. Айзенка); 3) опросник когнитивной флексибельности (адаптация С.С. Кургияна и Е.Ю., Осаволук, 2018), измеряющий три аспекта когнитивной флексибельности; 4) методика «Отношение к своему телу» (Т.Д. Шевеленкова, Ж.А. Волжина, 2014) с применением многомерного шкалирования отношения к своему телу (использованы восемь шкал: значимость телесного здоровья, значимость красоты собственного тела, оценка умения управлять своим телом, оценка физического состояния, оценка привлекательности своего тела для других, оценка привлекательности своего тела для себя, оценка способности устанавливать и поддерживать контакт со своим телом, оценка способности отождествлять себя со своим телом). В исследовании использовались методы математико-статистического анализа, был использован факторный анализ. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программ Microsoft Office Excel 2019 и IBM SPSS Statistics 20.0 © SPSS Inc. (2011). Нормальность распределения первичных данных проверялась по критерию согласия Колмогорова-Смирнова по всем

шкалам каждой методики. Для выявления различий использовался t-критерий Стьюдента для зависимых выборок, а для выявления взаимосвязей был проведен факторный анализ по данным начала и конца стационарного лечения.

Актуальность статьи не вызывает сомнения, поскольку, нервная анорексия является третьим по распространенности хроническим заболеванием у девушек-подростков: от 35 до 57% из них придерживаются жестких диет, целенаправленно голодают, самостоятельно вызывают рвоту, принимают таблетки для похудения или слабительные. По приблизительным оценкам (только задокументированным случаям нервной анорексии), хотя бы раз в жизни пострадали от проблем, сопутствующих анорексии, от 0,9 % до 4,3 % женщин. В среднем в развитых странах болеет анорексией около 4% женщин и девушек. Примерно 5–10 % больных анорексией, ожидает летальный исход. Одной из основных черт нервной анорексии является когнитивная ригидность, проявляющаяся в первичных симптомах этого заболевания, таких как диетические ограничения и искажение образа тела. Ригидность понимается, как неспособность личности в случае требований объективной ситуации изменить свою психическую установку, реагируя на новое; изменить действие или отношение; поставить себя на место другого человека; изменить поведение; реорганизовать проблемный материал; переструктурировать способы поведения; усвоить новые средства приспособления и пр. Научная новизна исследования заключается в выявлении изменения психической ригидности и отношения к своему телу в ходе стационарного лечения у пациенток, страдающих нервной анорексией, а также в установлении связи между когнитивной ригидностью и отношением к телу, определением, какие именно аспекты отношения к своему телу связаны с когнитивной ригидностью. Исследование по авторской методике проводилось на базе Центра изучения расстройств пищевого поведения (ЦИРПП) в городе Москва с 27 ноября 2021 года по 10 сентября 2022 года. В нем приняли участие девочки-подростки в возрасте от 13 до 17 лет (средний возраст участников исследования составил $15,15 \pm 1,14$ лет). Всего была обследована 41 пациентка (33 девушки, страдающие нервной анорексией, 7 девушек, страдающих нервной булимией и 1 пациентка, страдающая компульсивным перееданием), однако завершили исследование 20 человек с диагнозом «нервная анорексия».

Статья написана языком научного стиля с грамотным использованием в тексте исследования изложения различных позиций ученых к изучаемой проблеме и применением научной терминологии, а также подробным описанием процедуры исследования.

Структура выдержана с учетом основных требований, предъявляемых к написанию научных статей. Структура данного исследования включает вводную часть, методы и процедуру исследования, результаты, обсуждение результатов, заключение и библиографию.

Содержание статьи отражает ее структуру. Особенно ценным в содержании исследования следует отметить полученные результаты, отраженные в таблице 1, которые демонстрируют, что в начале стационарного лечения процент девушек-подростков, страдающих нервной анорексией, с низкой флексибильностью (согласно «Опроснику когнитивной флексибильности») резко превышает тех, у кого обнаружена высокая флексибильность. Соответственно процент респонденток с высокой ригидностью во много раз превышает процент таковых с низкой ригидностью (по всем шкалам Томского опросника ригидности). Более того, вообще не обнаружено пациенток с низким уровнем актуальной и сенситивной ригидности. Большая часть пациенток имела очень высокий уровень ригидности как состояния (80%), сенситивной ригидности (65%), а также общей ригидности (75%). В конце стационарного лечения картина принципиально меняется, но не по всем диагностируемым параметрам. Количество

пациенток с низкой когнитивной флексибильностью и высокими показателями ригидности, как психической, так и когнитивной, - снизилось, увеличился процент пациенток с высокими показателями по всем шкалам когнитивной флексибильности, а также с низкой когнитивной и актуальной ригидностью. В то же время не изменился процент пациенток с низкими показателями сенситивной ригидности (0%), ригидности как состояния (0%) и общим показателем ригидности (5%). Также в конце лечения число пациенток с высоким уровнем показателей по шкале лжи увеличилось на 10 процентов.

Библиография содержит 27 источников, включающих в себя отечественные и зарубежные периодически и непериодические издания.

В статье приводится описание различных позиций и точек зрения известных ученых, характеризующих подходы и различные аспекты к пониманию психической ригидности и нервной анорексии, а также содержится апелляция к различным научным трудам и источникам, посвященных этой тематике, которая входит в круг научных интересов исследователей, занимающихся указанной проблематикой в нашем государстве и других странах.

В представленном исследовании содержатся выводы, касающиеся предметной области исследования. В частности, отмечается, что показателями улучшения состояния пациентов с нервной анорексией являются повышение уровня когнитивной флексибильности, уменьшение уровня актуальной ригидности и более близкое к положительному полюсу отношение к своему телу. Практическая значимость исследования состоит в том, что полученные в нем результаты позволяют выделить специфические мишени для психологической работы с пациентками в начале и конце лечения, поскольку оно устанавливает, какие именно аспекты отношения к своему телу «поддерживаются» когнитивной ригидностью, а также фиксирует сдвиг в ходе стационарного лечения от доминирования сниженной когнитивной флексибильности (в начале лечения) в сторону доминирования параметров негативного отношения к телу (в конце лечения), показывая, что с повышением когнитивной флексибильности к концу лечения на первый план начинает выходить удовлетворенность своим телом. Данное исследование впервые обращает внимание на значение фактора лжи в оценке состояния и интенций пациенток в начале и конце их пребывания в клинике.

Материалы данного исследования рассчитаны на широкий круг читательской аудитории, они могут быть интересны и использованы учеными в научных целях, педагогическими работниками в образовательном процессе, руководством и администрацией образовательных организаций, где обучаются девушки-подростки, медицинскими работниками, психотерапевтами, психологами, экспертами.

В качестве недостатков данного исследования следует отметить, что при описании результатов исследования для наглядности и улучшения восприятия информации целесообразно было бы использовать не только таблицы, но и рисунки. При оформлении таблиц и библиографических источников необходимо обратить внимание на требования действующих ГОСТов. Указанные недостатки не снижают высокую научную и практическую значимость самого исследования, а скорее относятся к оформлению текста статьи. Статью рекомендуется опубликовать.